

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
AGLAÉ LEMARCHAND

FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ DES AÎNÉS À LA MALTRAITANCE
PERPÉTRÉE PAR UN OU PLUSIEURS DE LEURS ENFANTS

MARS 2015

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Sylvie Lapierre, directrice de recherche, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Sylvie Lapierre, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières

Sophie Desjardins, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières

Marie Beaulieu, Ph. D. Université de Sherbrooke

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (Article 138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme coauteur de l'article soumis pour publication.

Sommaire

Cette étude visait à établir la prévalence et à déterminer quels étaient les facteurs de vulnérabilité présentés par les aînés rapportant vivre ou ayant vécu certains types de maltraitance (psychologique, financière ou physique) de la part d'un ou de plusieurs enfants. Les données ont été obtenues à partir de questions portant sur la maltraitance dans l'enquête sur la santé des aînés et la qualité des services de santé de la Montérégie (ESA-services), réalisée entre 2011 et 2013 auprès d'aînés vivant dans la communauté. Les 1756 participants (750 hommes et 1006 femmes), âgés de 65 et plus ($M = 73,2$) ont été rencontrés par l'entremise de médecins travaillant dans des cliniques de santé primaires. L'analyse des résultats indique que la prévalence des aînés rapportant avoir été maltraités par leurs enfants est de 7,1 %. La maltraitance psychologique est la principale forme de maltraitance vécue (6,2 %), suivie de la maltraitance financière (1,5 %) et de la maltraitance physique (1 %). Les aînés maltraités présentent significativement plus de dépression et d'anxiété que les aînés non maltraités. Les aînés maltraités rapportent vivre plus de tracas concernant les conflits familiaux et ont davantage certains types de maladies chroniques (maux de dos, problèmes articulaires, problèmes respiratoires) que les aînés non maltraités. La maltraitance serait plus souvent rencontrée chez les femmes, les personnes séparées ou veuves et les personnes ayant été violentées durant leur enfance. Les facteurs de vulnérabilité ne sont pas les mêmes selon le type de maltraitance vécue.

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Définitions et prévalence.....	3
Négligence chez les aînés.....	8
Maltraitance financière chez les aînés	8
Maltraitance psychologique chez les aînés	9
Maltraitance physique chez les aînés	10
Facteurs de risque et de vulnérabilité	10
Facteurs de risque	11
Facteurs de vulnérabilité.....	13
Objectifs de l'étude	14
Article scientifique	16
Résumé	18
Objectifs	26
Méthode	27
Déroulement et participants.....	27
Instruments de mesure.....	29
Résultats	33

Prévalence et caractéristiques démographiques	33
Maladies chroniques et problèmes cognitifs	35
Autonomie fonctionnelle	36
Dépression et anxiété	37
Tracas	37
Soutien social et violence vécue dans le passé	38
Facteurs de vulnérabilité associés à la maltraitance	39
Variables sociodémographiques	40
Modèle global.....	40
Discussion	41
Références	52
Conclusion	62
Références	64
Appendice. Questions utilisées pour évaluer la maltraitance	71

Liste des tableaux

Tableau

1	Données sociodémographiques et violence vécue durant l'enfance selon le type de maltraitance	58
2	Maladies physiques et mentales selon la maltraitance vécue par les aînés.....	59
3	Tracas vécus par les aînés selon le type de maltraitance subie	60
4	Facteurs de vulnérabilité chez les aînés disant être maltraités par leurs enfants.....	61

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de recherche, madame Sylvie Lapierre, professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa disponibilité, sa patience, son soutien et son encadrement dans la réalisation de mon essai. Je voudrais également remercier madame Lyson Marcoux, professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, ainsi qu'Ariane Émond-Provencher, Marie-Pier Lefebvre et Caroline Mailhot, pour m'avoir soutenue dans l'écriture de ce travail. Je souhaite remercier Christopher Naud pour son aide en statistique. Enfin, je remercie mes proches pour leur soutien et leur accompagnement durant mon parcours universitaire.

Introduction

Cet essai se compose de trois sections : une introduction générale, un article scientifique et une conclusion générale. Dans la présente partie, l'introduction offre une définition de la maltraitance et décrit les différentes formes qu'elle peut prendre. Elle fait aussi un bilan des connaissances actuelles sur la maltraitance psychologique, la maltraitance financière et la maltraitance physique dont les personnes âgées peuvent être la cible. Par la suite, les facteurs de vulnérabilité des aînés à la maltraitance seront explorés, particulièrement dans les cas de maltraitance commise par leur enfant. Enfin, cette introduction se terminera par la présentation des objectifs de l'essai.

Avec le vieillissement de la population, la santé des aînés devient un enjeu de société important. D'après Statistique Canada (2010a), les adultes âgés de 65 ans et plus comptaient pour 13 % de la population en 2009 et compteront pour le quart de la population en 2031. Depuis quelques années, les transformations démographiques ont amené le gouvernement à se préoccuper des enjeux liés au vieillissement, notamment le respect des droits des aînés (Gouvernement du Québec, 2010). Le gouvernement du Québec a mis en place un plan d'action gouvernemental sur cinq ans pour contrer la maltraitance envers les aînés (Gouvernement du Québec, 2010). Ce plan gouvernemental vise la sensibilisation, la prévention, la détection et l'intervention sur la maltraitance. L'objectif est de briser le silence entourant cette problématique et de trouver des solutions pour la contrer.

La littérature dans le domaine présente surtout des études descriptives et cliniques portant sur la prévention, les modes de détection et l'intervention (Cooper, Selwood, & Livingston, 2008; Rabiner, O'Keeffe, & Brown, 2006; White, 2000). Peu d'études empiriques s'intéressent à la maltraitance faite aux personnes âgées comparativement à celles faites aux femmes plus jeunes ou aux enfants (Beaulieu & Leclerc, 2006).

Définitions et prévalence

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2002), 4 à 6 % des personnes âgées vivant dans la communauté pourraient vivre ou avoir vécu de la maltraitance. La maltraitance générale toucherait 7 % des aînés canadiens, mais serait sous-estimée en partie à cause des limites méthodologiques des études (exclusion des participants ayant des troubles cognitifs, informateurs et types de maltraitance variant selon les milieux où se déroulent les recherches) (Gouvernement du Québec, 2010). La prévalence risque d'augmenter si les échantillons sont représentatifs de l'ensemble de la population âgée et si toutes les formes de maltraitance sont considérées. Néanmoins, la proportion d'aînés maltraités devrait rester similaire, même si le nombre absolu d'aînés maltraités devrait augmenter à cause du vieillissement de la population (Beaulieu, 2007). Les aînés ne dénoncent pas toujours la personne maltraitante, par peur, par méconnaissance de ce qui est acceptable ou non, ou parce qu'ils tentent de justifier ou de rationaliser l'acte commis

à leur endroit. Toutes les classes sociales de la population âgée peuvent être confrontées à la maltraitance.

Il n'existe pas de consensus dans les écrits pour définir la maltraitance, car elle peut exister sous plusieurs formes (Anetzberger, 2005; Gouvernement du Québec, 2010; Beaulieu & Leclerc, 2006; Walsh & Yon, 2012). Certains gestes commis ne sont pas reconnus comme étant de la maltraitance par les aînés ou par leur entourage, par manque d'information sur le sujet (Payne, 2011). De plus, les gestes de maltraitance ne sont pas nécessairement déclarés à la police (Statistique Canada, 2010b). La complexité et les différences entre les définitions rendent aussi les comparaisons entre les recherches difficiles. La définition retenue le plus fréquemment est celle de l'OMS élaborée en 2002 et qui sera utilisée dans la présente recherche :

Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne aînée (cité dans Gouvernement du Québec, 2010, p.17).

La relation existant entre deux personnes détermine si le geste commis est de la maltraitance ou non. Il doit exister une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir entre les personnes (Moulias, 2014). Lorsque deux personnes sont installées dans une relation de confiance et que l'une des deux commet un geste portant préjudice à l'autre, alors il y a maltraitance (Moulias, 2014). La définition est toutefois limitée puisque certaines actions peuvent être faites pour le bien de la personne, même si elles peuvent faire vivre une certaine détresse à l'aîné, par exemple, le relogement en CHSLD.

Les principales formes de maltraitance sont les suivantes : physique, émotionnelle ou psychologique, financière ou matérielle, sexuelle, ainsi que la négligence (Daly, Merchant, & Jogerst, 2011; Lachs & Pillemer, 2004; Payne, 2011). Cette dernière forme de maltraitance n'est pas toujours retenue dans les recherches, tout comme la violation des droits ainsi que la maltraitance systémique ou organisationnelle (Beaulieu & Bergeron-Patenaude, 2012).

La maltraitance physique consiste en l'utilisation de la force physique contre une personne âgée, ce geste pouvant entraîner des blessures corporelles, de la douleur ou de l'inconfort (Anetzberger, 2005; Gouvernement du Québec, 2010). La maltraitance psychologique comprend tout acte ou toute parole qui porte atteinte à la dignité, à l'estime de soi ou au bien-être de la personne. Elle provoque généralement de la détresse émotionnelle (Anetzberger, 2005; Gouvernement du Québec, 2010). La maltraitance financière ou matérielle inclut tout usage illicite ou abusif des ressources ou des biens d'un aîné (Anetzberger, 2005; Gouvernement du Québec, 2010). La maltraitance sexuelle comprend toute forme de contacts physiques forcés, d'attouchements ou de harcèlement de nature sexuelle (Anetzberger, 2005; Gouvernement du Québec, 2010). La négligence se caractérise par l'omission d'une action alors que celle-ci serait nécessaire au bien-être de la personne aînée (Anetzberger, 2005; Gouvernement du Québec, 2010). La violation des droits de la personne regroupe les discriminations, incluant l'âgisme, et toutes les décisions prises par autrui pour l'aîné, alors que ce dernier

est apte à décider par lui-même (Gouvernement du Québec, 2010; Gouvernement du Québec, 2012). L'âgisme se définit comme étant une discrimination envers les aînés fondée sur des stéréotypes liés à l'âge (Association québécoise de gérontologie, 2012). La maltraitance organisationnelle ou systémique se définit par le fait que la priorité est donnée aux intérêts et droits du personnel, aux planifications budgétaires ou au fonctionnement d'un organisme ou d'un établissement, en mettant au second plan les besoins des aînés (Beaulieu & Bergeron-Patenaude, 2012).

Le taux déclaré de gestes violents envers les personnes de 65 ans et plus, au Canada, a augmenté de 14 % entre 2004 et 2009, passant de 6930 à 7900 cas rapportés. Parmi ces cas déclarés à la police, 35 % étaient l'œuvre de membres de la famille de l'aîné, peu importe le type de maltraitance (Statistique Canada, 2010b). Il est important de noter que tous les cas de maltraitance ne sont pas rapportés ce qui peut indiquer que l'ampleur de la problématique est sans doute sous-estimée.

Deux études canadiennes ont estimé que 4 à 7 % des aînés vivant à domicile étaient maltraités par une personne proche (Podnieks, Pillemer, Nicholson, Shillington, & Frizzel, 1990; Pottie Bunge, 2000). La maltraitance est habituellement perpétrée par un membre de la famille, principalement les conjoints, les enfants devenus adultes ou les beaux-enfants (Choi & Mayer, 2000; Lithwick, Beaulieu, Gravel, & Straka, 2000). Les hommes âgés seraient plus souvent maltraités par leurs enfants devenus adultes, tandis que les femmes âgées seraient autant maltraitées par leur conjoint que leurs enfants

adultes (Brennan, 2009). La majorité des études soutient que les femmes sont plus souvent maltraitées que les hommes (Kosberg, 1998; Laumann, Leitsch, & Waite, 2008), mais il semblerait que la différence provienne de la composition des échantillons qui comptent un plus grand nombre de femmes (Beaulieu & Bergeron-Patenaude, 2012; Pillemer & Finkelhor, 1988a).

Les personnes âgées vivent souvent plusieurs formes de maltraitance (Podnieks et al., 1990) et la révèlent rarement. La détection n'est pas facile; il existe une réticence à la dénonciation, par peur de représailles ou de ne plus voir la personne aimée (Gouvernement du Québec, 2010; Lithwick et al., 2000). Il n'existe pas de mesure étalon de la maltraitance ce qui complique les comparaisons entre les différentes études. Cooper et al. (2008) ont répertorié les études de prévalence de la maltraitance chez les aînés. Selon les personnes interrogées (proche aidant, personnel soignant, membre de la famille ou personne âgée elle-même) et les outils de mesure utilisés, la prévalence peut passer du simple au double : maltraitance psychologique, de 10 à 24 %, négligence de 7 à 14 % et maltraitance financière de 5 à 18 %. La maltraitance psychologique, la maltraitance financière et la négligence sont les principaux types de maltraitance vécus par les personnes âgées, alors que la maltraitance physique et la maltraitance sexuelle sont moins souvent rencontrées (0,1 à 1 %) (Beaulieu & Bergeron-Patenaude, 2012).

Négligence chez les aînés

La négligence est la principale forme de maltraitance vécue par les aînés. Elle n'est toutefois pas toujours incluse dans les études (Beaulieu & Bergeron-Patenaude, 2012). L'omission de porter un geste nécessaire au bien-être de l'aîné peut être intentionnelle ou non (Gouvernement du Québec, 2012). Les aînés vivant de la négligence seraient souvent plus jeunes, auraient des troubles de la communication, seraient dépendants des autres, auraient des problèmes médicaux et souffriraient davantage de démence que des aînés ne vivant pas de négligence (Jackson & Hafemeister, 2011).

Maltraitance financière chez les aînés

La maltraitance financière est la deuxième forme de maltraitance vécue par les aînés après la négligence et ex æquo avec la maltraitance psychologique (Beaulieu & Bergeron-Patenaude, 2012). Il s'agit principalement de vol de biens matériels et financiers. Cette forme de maltraitance est souvent associée à d'autres et s'inscrit habituellement dans une longue histoire de maltraitance, surtout lorsqu'elle est perpétrée par un membre de la famille (Jackson & Hafemeister, 2011). Les aînés vivant uniquement de la maltraitance financière ne voient pas la relation à la personne maltraitante comme étant de pauvre qualité (Jackson & Hafemeister, 2011). Toutefois, le réseau social de l'aîné est souvent limité, il y a donc peu de soutien social (Choi & Mayer, 2000). La maltraitance financière peut provoquer une perte d'indépendance et de

sécurité chez l'ainé maltraité, ainsi que de la honte et de la culpabilité, tout autant que le conduire à la dépression ou au suicide (Nerenberg, 2000).

Maltraitance psychologique chez les aînés

Peu d'études portent exclusivement sur la maltraitance psychologique, bien que celle-ci soit très fréquente (Beaulieu & Bergeron-Patenaude, 2012). Elle semble difficile à définir et est influencée par des dimensions culturelles (Conrad et al., 2011). La maltraitance psychologique est difficilement observable par un tiers puisqu'elle ne présente pas de marques visibles. Pour Nerenberg (2000), l'important est de regarder l'effet de la maltraitance sur l'individu. Les conséquences peuvent être très variées : inconfort, agitation, dépression ou désespoir et dans certains cas hospitalisation, suicide (Conrad et al, 2011; Lachs, Williams, O'Brien, Pillemer, & Charleson, 1998). Une étude, menée auprès de femmes de 50 à 79 ans, a mis en évidence que la maltraitance verbale a un impact majeur sur la santé mentale. Associée à la maltraitance physique, elle suscitait chez les aînées une perception négative du réseau social, plus de symptômes dépressifs et moins d'optimisme que chez les aînées n'en subissant pas (Mouton, Rodabough, Rovi, Brzyski, & Katerndahl, 2010). La maltraitance psychologique est souvent une prémisse de la maltraitance physique (O'Leary, 1999).

Maltraitance physique chez les aînés

La maltraitance physique est une forme de maltraitance peu observée chez les aînés, mais plus fréquente que la maltraitance sexuelle. Elle découlerait souvent d'une histoire familiale où existait la violence corporelle. La maltraitance physique par les enfants des aînés proviendrait du type de relation créé durant l'enfance. En effet, les enfants ayant été violentés durant leur enfance seront plus portés à utiliser la violence pour gérer leurs relations une fois devenus adultes et pourront en faire usage contre leur parent (Heide, 1995). Les tensions familiales et l'usage de la violence pour résoudre les conflits semblent jouer un rôle dans la maltraitance faite au parent par son enfant (Athens, 1992). Être veuf, cohabiter avec la personne maltraitante, et voir cette relation comme de pauvre qualité, semblent être des caractéristiques des personnes maltraitées physiquement (Jackson & Hafemeister, 2011).

Facteurs de risque et de vulnérabilité

Les facteurs de risque et de vulnérabilité sont parfois confondus dans les recherches (Pillemer, Mueller-Johnson, Mock, Sutor, & Lachs, 2007). Les facteurs de risque réfèrent aux stressors provenant de l'environnement dans lequel vit l'aîné et qui augmentent la probabilité qu'il subisse de la maltraitance. Ils incluent les caractéristiques propres à la personne maltraitante. Les facteurs de vulnérabilité correspondent aux caractéristiques personnelles des aînés (Beaulieu & Bergeron-Patenaude, 2012; Fulmer et al., 2005). Les facteurs de vulnérabilité seraient moins prédictifs de la maltraitance que les facteurs de risque (Anetzberger, 2005; Baker, 2007). La majorité des recherches

porte sur les facteurs de risque puisque les facteurs de vulnérabilité des aînés peuvent être confondus avec de nombreux symptômes gériatriques ou bien avec les conséquences de la maltraitance (Lachs & Pillemer, 2004). Selon les études, les pertes cognitives ou la démence, la perte d'autonomie fonctionnelle, le déclin de la santé physique, l'isolement social, les symptômes dépressifs, et le fait de vivre avec l'aidant sont considérés comme des facteurs de risque ou de vulnérabilité. Chaque type de maltraitance posséderait ses propres facteurs de risque et de vulnérabilité (Jackson & Hafemeister, 2011).

Facteurs de risque

Plusieurs facteurs de risque ont été mis en évidence dans les différentes études sur la maltraitance des aînés. La cohabitation est reconnue comme un facteur de risque. Vivre ensemble peut créer des tensions, raviver des conflits et ainsi entretenir un climat pouvant conduire à la maltraitance, surtout quand l'aîné souffre d'une démence et cohabite avec son proche aidant (Bonnie & Wallace, 2003; Paveza et al., 1992; Pillemer & Finkelhor, 1988b; Reeves, Desmarais, Nicholls, & Douglas, 2007). La maltraitance financière fait toutefois exception. Pour ce type de maltraitance, vivre seul serait un facteur de risque et non la cohabitation. L'isolement de l'aîné permettrait à la personne maltraitante de disposer plus facilement de ses ressources matérielles et financières (Comijs, Smit, Pot, Bouter, & Jonker, 1998; Lachs & Pillemer, 2004).

La dépendance de la personne maltraitante à la personne maltraitée est aussi un facteur de risque, que la dépendance soit financière, matérielle ou psychologique (Anetzberger, 1987; Pillemer, 2004; Pillemer & Finkelhor, 1989; Wolf & Pillemer, 1989). Les problèmes de santé mentale ou de toxicomanie chez les personnes maltraitantes sont souvent identifiés comme facteurs de risque de maltraitance des aînés (Pillemer & Finkelhor, 1989; Reis & Nahmias, 1998). La dépression est souvent présente chez la personne maltraitante (Fulmer, 1991; Paveza et al., 1992; Williamson & Shaffer, 2001) ainsi que l'abus d'alcool (Bristowe & Collins, 1989; Wolf & Pillemer, 1989) et de substances (Bradley, 1996).

D'autres facteurs de risque concernant les proches aidants ont été associés à la maltraitance des aînés. Les aidants peuvent ressentir une surcharge à s'occuper d'un aîné et leur stress s'en trouve augmenté, surtout si le réseau social est restreint et que les comportements de l'aîné nécessitent des connaissances spécifiques pour les gérer (Anetzberger, 2000). De ce contexte peut résulter de l'épuisement physique et mental pouvant alors conduire certains proches à la maltraitance (Coyne, Reichman, & Berbig, 1993; Wigglesworth, Mosqueda, Mulnard, Liao, Gibbs, & Fitzgerald, 2010). Le proche aidant atteint de troubles de santé ou ayant subi de la maltraitance durant sa jeunesse serait moins apte à prendre soin de l'aîné et cette situation constituerait un facteur de risque (Fulmer et al., 2005; Lachs & Pillemer, 2004; Pillemer & Finkelhor, 1988b).

Facteurs de vulnérabilité

Les recherches ont fait ressortir plusieurs facteurs de vulnérabilité chez les aînés maltraités. L'isolement social serait un facteur de vulnérabilité, car l'aîné isolé n'a personne vers qui se tourner en cas de problème (Bonnie & Wallace, 2003; Fulmer et al., 2005; Pillemer & Finkelhor, 1989; Schiamberg & Gans, 2000). Les aînés ayant de la difficulté à prendre soin d'eux-mêmes et à faire leurs activités quotidiennes seraient plus à risque d'être maltraités (Choi & Mayer, 2000; Fulmer et al., 2005; Lachs, Williams, O'Brien, Hurst, & Horwitz, 1997). L'incapacité fonctionnelle est donc un facteur de vulnérabilité (Fulmer et al., 2005; Pillemer & Finkelhor, 1988a).

Les troubles cognitifs et les démences sont identifiés comme facteurs de vulnérabilité dans de nombreuses études (Coyne et al., 1993; Dong, Simon, Rajan, & Evans, 2011; Dyer, Pavlik, Murphy, & Hyman, 2000; Paveza et al., 1992). D'après une recherche longitudinale sur des cas déclarés de maltraitance, les aînés maltraités avaient souvent des problèmes cognitifs (Lachs et al., 1997).

La dépression est plus souvent présente chez les personnes âgées maltraitées (Dyer et al., 2000). Cependant, il semble difficile d'établir des liens clairs entre la présence d'un quelconque trouble mental et la maltraitance. En effet, il est difficile de savoir si le trouble de santé mentale est un facteur de vulnérabilité ou la conséquence de la maltraitance. D'après une étude menée aux Pays-Bas, les aînés maltraités vivaient plus de détresse psychologique (Comijs, Penninx, Knipscheer, & van Tilburg, 1999) et

auraient un niveau plus élevé de dépression que les aînés n'en vivant pas (Bristowe & Collins, 1989).

Les facteurs de vulnérabilité associés aux divers types de maltraitance semblent être difficiles à établir. Il n'existe pas de consensus dans la littérature (Lachs et al., 1997) et il semblerait que les facteurs soient différents selon le type de maltraitance (Jackson & Hafemeister, 2011; Lithwick et al., 2000). C'est pourquoi il est important d'étudier chaque forme de maltraitance sans les regrouper de façon globale. Les différences peuvent aussi résider en partie dans la méthode utilisée dans la recherche et dans la définition même de la maltraitance. Seuls deux facteurs de vulnérabilité ont été retrouvés de façon systématique comme prédisposant à la maltraitance non spécifiée : l'isolement social et la démence (Bonnie & Wallace, 2003). Il est important de souligner que ces facteurs ne sont pas spécifiques à la maltraitance faite par les enfants à l'endroit de leurs parents âgés. Cette recherche va donc explorer ces facteurs de vulnérabilité.

Objectifs de l'étude

La majorité des données sur la maltraitance faite aux aînés a été obtenue auprès des proches aidants ou du personnel soignant (Cooney & Mortimer, 1995). Les aînés eux-mêmes sont peu interrogés ou entendus, puisque peu d'entre eux accepteraient d'en parler par honte ou peur de représailles (Gouvernement du Québec, 2010). De plus, les recherches portent principalement sur deux domaines : la maltraitance perpétrée en institution (Gouvernement du Québec, 2010) et la maltraitance rapportée à la police ou

aux professionnels des services sociaux (Choi & Mayer, 2000; Jackson & Hafemeister, 2011, 2012). Grâce à une enquête sur la santé des aînés et la qualité des services de santé (ESA-services), il a été possible d'obtenir de l'information sur divers aspects de leur vie et de leur santé mentale. Certaines questions permettaient aux répondants d'indiquer s'ils subissaient de la maltraitance psychologique, financière ou physique de la part de leurs enfants (voir Appendice).

La présente recherche vise à évaluer la prévalence et à déterminer quels sont les facteurs de vulnérabilité présentés par les aînés maltraités par leur enfant. Plus précisément, il s'agit de vérifier quels facteurs différencient les personnes âgées maltraitées de celles qui ne le sont pas, pour ensuite déterminer les facteurs associés à la maltraitance. Parmi les facteurs de vulnérabilité sélectionnés dans l'enquête, on retrouve les caractéristiques sociodémographiques, le soutien social, les troubles cognitifs légers, la détresse psychologique (dépression et anxiété), les maladies chroniques et l'autonomie fonctionnelle. L'enquête ESA-services a permis d'obtenir également de l'information sur les tracasseries quotidiennes vécues par les aînés. Ces derniers pourraient donner des indices sur les situations qui inquiètent particulièrement les aînés maltraités et apporter des indications supplémentaires pour la prévention.

Article scientifique

Facteurs de vulnérabilité des aînés à la maltraitance perpétrée
par un ou plusieurs de leurs enfants

Facteurs de vulnérabilité des aînés à la maltraitance perpétrée
par un ou plusieurs de leurs enfants

Aglaé Lemarchand, Sylvie Lapierre et Sophie Desjardins

Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada

Michel Prévile

Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Djamal Berbiche

Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Lemoyne, Greenfield Park, Québec, Canada

Note de l'auteur : Toute correspondance ayant trait à cet article devrait être adressée à Sylvie Lapierre, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, Trois-Rivières, Québec, Canada G9A 5H7. Courriel : Sylvie.Lapierre@uqtr.ca

RÉSUMÉ

Malgré le nombre grandissant d'études portant sur la maltraitance des aînés, peu d'entre elles les interrogent directement et s'intéressent à la maltraitance perpétrée par leurs enfants. Une enquête sur la santé des aînés vivant dans la communauté, et sur la qualité des services de santé leur étant destinés (ESA-services), a permis d'obtenir des données sur divers aspects de leur vie et de leur santé mentale, ainsi que de savoir s'ils ont subi de la maltraitance psychologique, physique ou financière de la part de leurs enfants. L'objectif de l'étude était d'évaluer la prévalence des aînés rapportant vivre de la maltraitance de la part de leurs enfants et les facteurs de vulnérabilité ou caractéristiques que présentaient les personnes maltraitées. Les 1756 participants, âgés de 65 et plus ($M = 73,2$) ont été recrutés par l'entremise de médecins. L'analyse des résultats indique que la prévalence des aînés maltraités par leurs enfants est de 7,1 %. La maltraitance psychologique est la principale forme de maltraitance vécue (chez 6,2 % des aînés) suivie de la maltraitance financière (1,5 %) et de la maltraitance physique (1 %). En comparant les aînés vivant de la maltraitance à ceux qui ne le sont pas, on observe significativement plus de dépression et d'anxiété chez les aînés maltraités ainsi que certains types de maladies chroniques (problèmes de dos, articulaires ou respiratoires). La maltraitance serait plus souvent rencontrée chez les femmes, les personnes ne vivant pas en couple et chez les personnes ayant été violentées durant leur enfance. Les facteurs de vulnérabilité semblent différents selon le type de maltraitance vécue. Il est important de connaître les facteurs de vulnérabilité des aînés, en plus des facteurs de risques

associés à l'environnement contextuel, afin de mieux comprendre la maltraitance pour ensuite détecter les personnes en détresse et intervenir rapidement auprès d'elles.

Les enquêtes sociales ont démontré que la maltraitance constitue une des problématiques importantes vécues par la population vieillissante (Statistique Canada, 2010). Toutes les personnes âgées, quelle que soit leur classe sociale, peuvent vivre de la maltraitance (Gouvernement du Québec, 2012). Toutefois, la maltraitance faite aux aînés n'est pas forcément rapportée aux forces de l'ordre et aux services sociaux ou de santé. Ceci peut indiquer que l'ampleur de la problématique est peut-être sous-estimée. Néanmoins, les données de quelques études populationnelles montrent que plusieurs aînés peuvent être touchés par la maltraitance et que ce nombre risque d'augmenter avec le vieillissement de la population, même si la prévalence pourrait rester semblable (Beaulieu & Bergeron-Patenaude, 2012).

La prévalence des aînés maltraités varie de 4 à 7 % selon les études populationnelles (Podnieks, Pillemer, Nicholson, Shillington, & Frizzel, 1990; Pottie Bunge, 2000). Au Canada, elle serait établie à 7 % chez les aînés vivant dans la communauté (Gouvernement du Québec, 2010). Cependant, ce pourcentage ne reflèterait pas la réalité puisque plusieurs facteurs viennent interférer avec la qualité et la précision des résultats. D'ailleurs, Beaulieu et Bergeron-Patenaude (2012) estiment que les taux de prévalence seraient plutôt compris entre 10 et 15 %. Plusieurs raisons peuvent expliquer la variation des pourcentages. Tout d'abord, les résultats sur la prévalence varient d'une étude à l'autre, en fonction de la définition utilisée pour la maltraitance. Ensuite, les études présentent soit des biais dans la sélection de l'échantillon, soit dans les outils et questionnaires utilisés pour détecter la maltraitance.

Enfin, les aînés seraient réticents à dénoncer leur agresseur, par peur de représailles ou par peur de perdre le lien affectif avec l'enfant ou le partenaire qui les maltraite (Gouvernement du Québec, 2010; Lithwick, Beaulieu, Gravel, & Straka, 2000).

La définition de la maltraitance ne fait pas l'unanimité puisqu'elle regroupe différentes formes de maltraitance (Anetzberger, 2005; Gouvernement du Québec, 2010; Walsh & Yon, 2012). Toutefois une définition incluant divers actes nuisibles et la négligence semble acceptable (Beaulieu & Leclerc, 2006; Walsh & Yon, 2012). La définition la plus utilisée est celle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), formulée en 2002 :

Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne aînée (cité dans Gouvernement du Québec, 2010, p.17).

Il y a différents types de maltraitance : la négligence, la maltraitance psychologique, financière, sexuelle et physique (Daly, Merchant, & Jogerst, 2011; Lachs & Pillemer, 2004; Payne, 2011). Chez les aînés, la négligence semble la forme de maltraitance la plus fréquente, suivie des maltraitements psychologique et financière, puis de la maltraitance sexuelle et enfin de la maltraitance physique (Beaulieu & Bergeron-Patenaude, 2012). La personne maltraitante est souvent un membre de leur famille (Choi & Mayer, 2000; Lithwick et al., 2000). Les données de la Sécurité publique du Québec (2010) indiquent que 36 % des personnes âgées maltraitées de 65 à 75 ans le sont par leur enfant, tandis que 21 % le sont par leur conjoint. Chez les personnes maltraitées de plus de 75 ans, 49 % le sont par leurs enfants, alors que 30 % le sont par leur conjoint.

Les femmes seraient maltraitées par leur conjoint ou leur enfant devenu adulte, tandis que les hommes seraient principalement maltraités par leur enfant (Brennan, 2009). Les études ont montré que les femmes âgées étaient plus souvent maltraitées que les hommes (Kosberg, 1998; Laumann, Leitsch, & Waite, 2008), mais il semblerait que la différence provienne de la composition des échantillons qui comptent un plus grand nombre de femmes (Beaulieu & Bergeron-Patenaude, 2012; Pillemer & Finkelhor, 1988).

Jusqu'à présent, la plupart des études portent surtout sur les modes de détection et sur l'intervention auprès des aînés maltraités. Néanmoins, les échantillons sont souvent peu représentatifs ou trop petits (Heydrich, 2009). De plus, les études confondent fréquemment les facteurs de risque et de vulnérabilité. Les facteurs de vulnérabilité réfèrent aux caractéristiques personnelles des aînés qui augmenteraient le risque de maltraitance; tandis que les facteurs de risque concernent les aspects relatifs à l'environnement de l'aîné, incluant ceux se rapportant à la personne maltraitante (Beaulieu & Bergeron-Patenaude, 2012; Fulmer et al., 2005). Parmi les principaux facteurs de risque, on retrouve la cohabitation, les problèmes de santé mentale ou de toxicomanie de la personne maltraitante, ainsi que la dépendance de la personne maltraitante envers l'aîné (Comijs, Smit, Pot, Bouter, & Jonker, 1998; Fulmer et al., 2005; Lachs & Pillemer, 2004). Certains proches aidants vivent le fait de s'occuper de l'aîné comme un lourd fardeau et ce sentiment est parfois associé à la maltraitance (Anetzberger, 2000).

Puisque les facteurs de risque semblent de meilleurs prédicteurs de la maltraitance que les facteurs de vulnérabilité (Anetzberger, 2005; Baker, 2007), peu d'études portent spécifiquement sur ces derniers. Lorsque c'est le cas, ils sont habituellement mis en rapport avec la maltraitance générale ou unidimensionnelle, alors qu'elle peut prendre plusieurs formes : psychologique, physique, financière, sexuelle, négligence.

L'isolement social est l'un des principaux facteurs de vulnérabilité (Bonnie & Wallace, 2003; Fulmer et al., 2005; Pillemer & Finkelhor, 1989; Schiamberg & Gans, 2000). Lorsque la personne âgée est isolée, le risque de maltraitance est plus grand (Bonnie & Wallace, 2003) puisqu'il lui serait plus difficile de parler de sa situation et que la personne maltraitante veille à ce qu'elle ne soit pas révélée (Lachs & Pillemer, 2004).

La perte d'autonomie fonctionnelle (incapacité physique) a aussi été identifiée comme un facteur de vulnérabilité puisque l'aîné maltraité aurait de la difficulté à se défendre ou à s'échapper de la situation (Choi & Mayer, 2000; Fulmer et al., 2005; Lachs, Williams, O'Brien, Pillemer, & Charleson, 1997). La perte d'autonomie fonctionnelle engendre davantage de besoins, de plaintes, d'exigences, de demandes d'aide chez l'aîné ce qui peut alourdir la tâche du proche aidant.

Selon Lai (2011), le nombre de maladie chronique est un facteur de vulnérabilité. Les aînés maltraités ou négligés présentaient une moins bonne santé générale et un plus grand nombre de maladies chroniques. Néanmoins, ses résultats ne sont valables que pour des aînés d'origine chinoise vivant au Canada. De leur côté, Lachs et al. (1997) trouvent des résultats opposés, c'est-à-dire que les maladies chroniques (arthrite, diabète, hypertension artérielle...) sont moins présentes chez les aînés maltraités.

Les troubles cognitifs et la démence sont des facteurs de vulnérabilité très étudiés (Coyne, Reichman, & Berbig, 1993; Dong, Simon, Rajan, & Evans, 2011; Dyer, Pavlik, Murphy, & Hyman, 2000; Paveza et al., 1992). L'aggravation des problèmes associés à la démence augmenterait le risque de maltraitance, surtout si la personne âgée cohabite avec son proche aidant, que ce dernier soit son conjoint ou un autre membre de la famille (Reeves, Desmarais, Nicholls, & Douglas, 2007). En effet, s'occuper d'un aîné atteint de démence à un stade avancé, ayant des troubles du comportement, peut être difficile à vivre par les proches aidants, qui se sentent souvent impuissants et démunis en partie à cause de leur manque d'information et de formation à propos de cette maladie (Reeves et al., 2007).

La dépression est plus souvent présente chez les personnes âgées maltraitées (Dyer et al., 2000). D'après une étude menée aux Pays-Bas, les aînés maltraités vivaient plus de détresse psychologique (Comijs, Penninx, Knipscheer, & van Tilburg, 1999) et auraient un niveau plus élevé de dépression que les aînés n'en vivant pas (Bristowe &

Collins, 1989). Cependant, il semble difficile d'établir des liens clairs entre la présence d'un quelconque trouble mental et la maltraitance. La difficulté à étudier les facteurs de vulnérabilité réside dans le fait qu'ils peuvent être confondus avec des symptômes gériatriques ou avec des conséquences de la maltraitance (Lachs & Pillemer, 2004). En effet, les troubles du sommeil et la dépression, par exemple, sont deux troubles qui peuvent être des facteurs de vulnérabilité à la maltraitance, c'est-à-dire préexistant à la problématique, ou au contraire, peuvent en être la résultante. Il est donc difficile de distinguer les conséquences des facteurs préexistants dans les études transversales dont les échantillons sont composés uniquement d'aînés maltraités (Bonnie & Wallace, 2003).

Les tracasseries quotidiennes ont été étudiées comme facteur de risque chez les aidants d'aînés maltraités. L'augmentation du stress vécu était alors mise en lien avec la maltraitance (Fulmer et al., 2005). Il semble par contre que les tracasseries vécues par les aînés maltraités soient peu étudiées. Il peut être intéressant de voir quels tracasseries sont présents chez les aînés maltraités selon le type de maltraitance vécu.

Les résultats varient donc grandement d'une étude à l'autre, selon les populations et les formes de maltraitance étudiées (Bonnie & Wallace, 2003; Heydrich, 2009). De plus, la majorité des recherches sur les facteurs associés à la maltraitance faite aux aînés a été réalisée dans deux domaines : la maltraitance perpétrée en institution (Gouvernement du Québec, 2010) et la maltraitance rapportée à la police ou aux professionnels des services sociaux (Choi & Mayer, 2000; Jackson & Hafemeister,

2011, 2012). Les données ont donc été obtenues principalement auprès des proches aidants ou du personnel soignant (Cooney & Mortimer, 1995; Jackson & Hafemeister, 2011). Les aînés eux-mêmes sont rarement les répondants des études sur la maltraitance vécue et peu d'études portent spécifiquement sur celle qu'ils peuvent subir de la part de leurs enfants.

Objectifs

La présente recherche vise à évaluer la prévalence des aînés maltraités par l'un ou plusieurs de leurs enfants et à établir les facteurs de vulnérabilité qu'ils présentent. Plus précisément, il s'agit de vérifier quels facteurs différencient les personnes âgées maltraitées de celles qui ne le sont pas, pour ensuite déterminer les caractéristiques associées à la maltraitance. Grâce à une enquête sur la santé des aînés et la qualité des services de santé (ESA-services), il a été possible d'interroger directement des personnes âgées de plus de 65 ans sur divers aspects de leur vie et de leur santé mentale. Certaines questions permettaient aux répondants d'indiquer s'ils subissaient de la maltraitance psychologique, financière ou physique de la part de leurs enfants. Parmi les facteurs de vulnérabilité disponibles dans l'enquête, on retrouve les caractéristiques sociodémographiques, les maladies chroniques, l'autonomie fonctionnelle, les troubles cognitifs légers, le soutien social et la détresse psychologique (dépression et anxiété). L'enquête ESA-services a permis d'obtenir également de l'information sur les tracas quotidiens vécus par les aînés. Ils pourraient donner des indices sur les situations qui inquiètent particulièrement les aînés maltraités.

Méthode

Déroulement et participants

L'enquête ESA-services, réalisée entre 2011 et 2013, a permis d'interroger plusieurs aînés vivant dans la communauté sur divers aspects de leur vie. Cette étude transversale a été effectuée en Montérégie (région située au sud de Montréal au Canada). Les aînés ont été recrutés auprès d'un échantillon de médecins généralistes travaillant à temps plein sur ce territoire. Trois types de services médicaux ont été ciblés: les groupes de médecine familiale, les centres de services de santé communautaire et les cliniques médicales privées. Sur un ensemble de 744 médecins généralistes, 409 ont accepté de participer à l'étude. Cependant, seulement 245 médecins ont effectivement recruté des patients pour l'étude, soit un taux de participation de 33 %. Les médecins ont recommandé en moyenne 7,3 patients et ont touché 400 \$ CAD pour leur implication.

Les aînés âgés de 65 ans et plus, ayant un rendez-vous avec leur médecin durant la période de l'étude, ont reçu, dans la salle d'attente, un document explicatif concernant les objectifs de l'étude, ainsi que ce qu'impliquerait leur éventuelle participation. Les volontaires remplissaient un coupon réponse avec leurs coordonnées, celui-ci était ensuite transmis par la secrétaire du médecin au coordonnateur de l'étude qui contactait les aînés dans un délai de 30 jours pour confirmer leur intérêt à collaborer et organiser une entrevue individuelle à leur domicile. Une compensation de 15 \$ a été donnée à chaque répondant pour le dédommager du temps passé à répondre aux questions et pour assurer un nombre suffisant de participants. Ce projet a été approuvé par le comité

d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles-LeMoine. Les interviewers ($N = 19$) avaient suivi deux jours de formation sur l'administration par ordinateur du questionnaire ESA-services. Les entrevues, d'environ 90 minutes, débutaient par le consentement écrit du participant. Elles étaient conduites dans un lieu calme et isolé du domicile afin d'éviter les biais associés à la présence d'un tiers durant l'entrevue. Au total, 1800 patients ont été rencontrés pour une entrevue à domicile.

Pour éviter les réponses et les informations erronées et imposer un stress indu à des personnes vulnérables, les aînés ayant des troubles cognitifs modérés ou sévères, selon leur score au Mini-Mental State Examination (MMSE, résultat inférieur à 22), ont été exclus de l'étude ($n = 44$). Les autres participants ont été invités à répondre aux autres questions de l'enquête portant sur leur état de santé physique et mentale et leur utilisation des services de santé.

L'échantillon inclut 1756 aînés francophones âgés de 65 ans et plus ($M = 73,4$ ans) vivant dans la communauté. Les hommes constituaient 42,7 % ($n = 750$) de l'échantillon et les femmes 57,3 % ($n = 1006$). La majorité des aînés vivait en couple (63,3 %) et le revenu moyen des répondants était compris entre 35000 et 45000 dollars canadiens par année. Le niveau de scolarité moyen était de 10,8 années.

Instruments de mesure

Quatre variables évaluant la maltraitance ont été créées à partir des questions abordant des situations de maltraitance que les répondants auraient pu subir de la part de leurs enfants au cours des 12 derniers mois. Ces quatre variables sont : la maltraitance psychologique, la maltraitance financière, la maltraitance physique, ainsi que la maltraitance globale.

La maltraitance psychologique a été évaluée avec trois questions: « Au cours des 12 derniers mois, un de mes enfants m'a insulté lors d'une dispute avec moi et/ou a essayé de limiter les contacts que j'entretiens avec ma famille ou mes amis et/ou cherchait à me rabaisser ou utilisait des mots blessants».

La maltraitance financière a été évaluée par quatre questions. Ces dernières concernaient la gestion des finances, l'accès au revenu, la modification de testament ou l'obtention d'une procuration sans le consentement de l'aîné. Un exemple de question est le suivant: « Au cours des 12 derniers mois, un de mes enfants insistait pour que je modifie mon testament alors que je ne voulais pas ».

La maltraitance physique a été évaluée à l'aide des deux questions suivantes : « Au cours des 12 derniers mois, un de mes enfants m'a poussé ou frappé à cause d'une dispute avec moi », « Au cours des 12 derniers mois, un de mes enfants a détruit quelque chose m'appartenant, à cause d'une dispute avec moi ».

Finalement, la maltraitance globale a été mesurée en regroupant les neuf questions de chaque type de maltraitance tout en ajoutant celle-ci : « Au cours des 12 derniers mois, j'ai eu besoin de voir un docteur à cause d'une dispute avec un de mes enfants ». En effet, il était impossible de savoir si la nécessité de voir un docteur était due à une blessure physique ou à des problèmes psychologiques suscités par la dispute. Les participants répondaient à chacune des 10 questions sur la maltraitance par oui ou par non. L'ensemble de ces items n'a pas fait l'objet d'une validation.

La question posée pour savoir si l'aîné avait subi de la violence physique durant son enfance était la suivante : « J'ai été battu par mes parents lorsque j'étais enfant ». Les participants répondaient ensuite par oui ou non.

La présence de tracas a été mesurée à l'aide d'une version courte (30 items) de la traduction en français de l'Échelle des tracas quotidiens (Kanner *et al.*, 1981), adaptée pour les aînés par Vézina et Giroux (1988). Les répondants indiquaient sur une échelle de type Likert en cinq points, allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement), s'ils avaient eu, au cours du dernier mois, certains des 30 tracas mentionnés dans la liste. Ceux-ci se

rapportaient à différentes sphères de la vie, telles la famille, la santé, l'argent, la sécurité ou les transports. Une question supplémentaire invitait aussi les participants à coter la sévérité de leur niveau de stress général sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement).

La perte d'autonomie a été évaluée à l'aide de 18 des 29 questions provenant des cinq dimensions du Système de mesure des activités fonctionnelles (SMAF) (Hébert *et al.*, 1988). Pour réduire la durée de l'entrevue de l'enquête (1,5 heure), les responsables ont décidé de raccourcir certains instruments de mesure afin de couvrir le plus grand nombre de domaines possibles de la vie des participants. Cela a été le cas pour le SMAF. Une version plus courte, non validée du SMAF, a donc été utilisée dans la batterie. La partie sur les fonctions mentales (cognitives) a été enlevée puisque l'enquête ESA-services évaluait cet aspect avec le MMSE. Les sous-échelles « communication » et « tâches domestiques » ont été gardées intactes. Pour l'évaluation des capacités à exercer les activités de la vie quotidienne, les items 1 à 4 (soins personnels) ont été gardés sur les 7 items originaux, tandis que dans la sous-section sur la mobilité (6 items), seuls les items 2 (marcher à l'intérieur), 3 (installer une orthèse/prothèse) et 6 (marcher à l'extérieur) ont été conservés. Les participants indiquaient leur niveau de difficulté à faire l'activité mentionnée dans l'item en répondant sur une échelle de type Likert en cinq points, allant de 1 (pas du tout de difficulté) à 5 (dépendant). Il faut noter qu'habituellement le SMAF est utilisé par les soignants pour évaluer les besoins des

aînés dans leur quotidien, mais que dans le cadre de l'enquête, l'outil a été utilisé pour connaître la perception des aînés quant à leurs capacités fonctionnelles.

Les participants indiquaient également le type de maladies chroniques dont ils souffraient parmi une liste de 17 troubles tirés de la Classification internationale des maladies (pression artérielle, arthrite ou rhumatisme, maladies cardiovasculaires, maladies de l'œil, maux de dos, troubles digestifs, problème de thyroïde ou goitre, troubles métaboliques, diabète, anémie, hypercholestérolémie, troubles respiratoires, maladie du foie, maladie urinaire ou des reins, maladie de peau ou allergie, migraines et cancer).

Les problèmes cognitifs ont été évalués à l'aide du Mini-Mental State Examination (MMSE, Folstein *et al.*, 1975). Le score maximum est de 30. Les aînés ayant un score entre 27 et 30 étaient considérés comme n'ayant aucun problème cognitif. Les répondants ayant des scores compris entre 22 et 26 étaient considérés comme ayant un trouble cognitif léger. Les aînés ayant eu un score inférieur à 22 ont été exclus de l'enquête.

Le soutien social a été évalué à l'aide de trois questions évaluant trois types de soutien (présence de confident, soutien instrumental et affectif) : « Y a-t-il dans votre entourage quelqu'un à qui vous pouvez vous confier, parler librement de tous vos problèmes? », « Y a-t-il dans votre entourage quelqu'un qui vous aide si vous êtes mal

pris? », « Y a-t-il quelqu'un de qui vous vous sentez proche et qui vous démontre de l'affection? ». Les réponses possibles étaient « oui » ou « non ».

La dépression et le trouble d'anxiété généralisée ont été évalués à l'aide de l'ESA-Q (Préville *et al.*, 2008), un questionnaire permettant d'établir le diagnostic de différents troubles mentaux sur une période de 12 mois à partir de la présence ou de l'absence des critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé (DSM-IV-TR, 2000).

Résultats

Prévalence et caractéristiques démographiques

L'analyse des données indique que 112 répondants ont confié que leurs enfants les avaient insultés, rabaissés ou avaient limité leur contact avec l'entourage; 27 personnes âgées ont révélé que leurs enfants avaient fait des pressions sur elles pour obtenir des avantages financiers. Finalement, 18 répondants avaient été frappés par leurs enfants ou ceux-ci avaient détruit des objets leur appartenant. La prévalence des aînés qui rapportent de la maltraitance psychologique est donc de 6,2 % ($IC_{95\%} = 5,3-7,6$), elle est de 1,5 % ($IC_{95\%} = 1,1-2,8$) pour la maltraitance financière et de 1 % ($IC_{95\%} = 0,6-1,6$) pour la maltraitance physique. La prévalence de la maltraitance par les enfants, quelle que soit sa forme est de 7,1 % ($IC_{95\%} = 6,2-8,7$). Les répondants de l'enquête révèlent donc qu'ils sont plus fréquemment touchés par la maltraitance psychologique. Les données manquantes ont été retirées des analyses.

Les analyses comparatives entre les personnes âgées vivant de la maltraitance globale¹ et celles qui n'en vivent pas montrent des différences significatives entre les deux groupes pour le genre ($\chi^2(1, N = 1756) = 14,80, p < 0,001$), l'état matrimonial ($\chi^2(1, N = 1753) = 33,78, p < 0,001$), et le revenu ($\chi^2(1, N = 1439) = 8,41, p < 0,01$). Les femmes sont plus nombreuses parmi les aînés maltraités (73,4 %) que les hommes (26,6 %), alors que dans le groupe de comparaison, les femmes constituent 56 % de l'échantillon. Comparativement aux aînés non maltraités, les répondants maltraités sont plus souvent des aînés sans partenaire (60,9 % vs 35,2 % chez les non maltraités) ou des personnes dont le revenu est inférieur à 25 000 \$ CAD (50,5 % vs 36,5 %).

Dans le cas de la maltraitance psychologique, les résultats sont similaires (voir Tableau 1) alors que pour la maltraitance financière, les deux groupes se différencient sur le plan du revenu et de l'état matrimonial. En effet, 70,4 % des aînés vivant de la maltraitance financière vivaient sans partenaire comparativement à 36,6 % chez les aînés non maltraités, tandis que 58,3 % avaient un revenu inférieur à 25 000 \$ comparativement à 37,2 % chez les aînés non maltraités. Finalement, l'état matrimonial est significativement associé à la maltraitance physique, ainsi qu'avoir été battu par ses parents durant l'enfance. Chez les personnes maltraitées physiquement, 61,1 % vivaient seules comparativement à 36,8 % chez les non maltraités. Le Tableau 1 présente

¹ Seuls les résultats pour la maltraitance globale sont présentés intégralement dans le texte; les résultats portant sur les trois types de maltraitance sont présentés de façon détaillée dans les tableaux, tandis que les différences avec la maltraitance globale sont relevées dans le texte.

l'ensemble de ces résultats. Par contre, aucune différence significative n'a été trouvée entre les personnes âgées maltraitées et non maltraitées pour l'âge et la scolarité, quelle que soit la forme de maltraitance. On peut aussi noter qu'il ne semble pas y avoir de différence entre les hommes et les femmes sur le plan de la maltraitance financière ou physique alors qu'il y en avait une pour la maltraitance psychologique.

Maladies chroniques et problèmes cognitifs

Bien que les volontaires ayant un score inférieur à 22 au MMSE aient été exclus de l'enquête, certains répondants manifestaient de légers troubles cognitifs (score entre 22 et 26, $n = 230$). Selon les résultats des analyses comparatives, les aînés rapportant être maltraités par leurs enfants ne présentent pas davantage de problèmes cognitifs que les aînés non maltraités, quel que soit le type de maltraitance.

Les résultats (voir Tableau 2) indiquent aussi que le nombre de maladies chroniques déclarées est plus important chez les aînés vivant de la maltraitance psychologique ($M = 4,2$ vs $M = 3,7$) et financière ($M = 5$ vs $M = 3,7$) que chez les non maltraités. Il ne semble pas y avoir de différence sur le nombre de maladies entre les aînés subissant de la maltraitance physique et ceux n'en vivant pas, mais le faible nombre de répondants dans ce sous-groupe rend difficile la détection des différences.

Certains types de maladies chroniques semblent plus fréquents chez les aînés rapportant de la maltraitance (globale et psychologique) : ils sont atteints plus

fréquemment que les aînés non maltraités, de problèmes articulaires (58,6 % vs 42,1 %), de maux de dos (43,4 % vs 28,6 %), de problèmes thyroïdiens (30,4 % vs 21 %) et de problèmes respiratoires (29,5 % vs 17,6 %). Des résultats quasi similaires sont observés pour la maltraitance physique, sauf pour les problèmes de thyroïde. On remarque également un lien entre la maltraitance financière et la présence de maladies cardiovasculaires. Les aînés vivant de la maltraitance financière sont plus fréquemment atteints de maladies cardiovasculaires que les non maltraités (48,1 % vs 25,7 %). Il n'y a pas de différence significative entre les aînés maltraités ou non pour les 12 autres maladies répertoriées dans l'enquête.

Autonomie fonctionnelle

Les scores obtenus à la version abrégée du SMAF semblent indiquer que les aînés vivant de la maltraitance psychologique, financière ou physique ne se percevaient pas en plus grande perte d'autonomie que les aînés n'étant pas maltraités. Ainsi, les moyennes concernant l'évaluation des dimensions de l'autonomie fonctionnelle (communication, travaux domestiques, mobilité et capacité d'effectuer les activités de la vie quotidienne) sont quasi identiques chez les aînés maltraités ou non, peu importe le type de maltraitance vécue. Par exemple, il n'y a pas de différence significative, sur le plan de la mobilité, entre les aînés maltraités psychologiquement ($M = 1,67$) ou non ($M = 1,72$). Il n'y a pas non plus de différence significative entre les deux groupes sur le plan de la communication que la maltraitance soit psychologique ($M = 0,58$ vs $M = 0,57$), financière ($M = 0,63$ vs $M = 0,57$) ou physique ($M = 0,50$ vs $M = 0,58$).

Dépression et anxiété

Les diagnostics cliniques ont été établis à partir des critères du DSM-IV-TR. Les analyses comparatives entre aînés maltraités, tout type de maltraitance confondu, et non maltraités montrent que les premiers répondent plus fréquemment aux critères d'un diagnostic de dépression (32 % vs 13,6 %). Les aînés maltraités auraient aussi un plus grand désir de mourir (7 % vs 2,7 %; $\chi^2(1, N = 1756) = 23,73, p < 0,001$) et souffriraient davantage du trouble d'anxiété généralisée (10,9 % vs 2,6 %) lorsqu'ils sont comparés aux aînés non maltraités. Des résultats similaires sont observés pour la maltraitance psychologique et la maltraitance financière (voir Tableau 2). Il ne semble pas y avoir de différence significative sur le plan de la dépression ou de l'anxiété entre les deux groupes en ce qui concerne la maltraitance physique.

Tracas

Sur les 30 types de tracas répertoriés, 13 sont plus fréquemment mentionnés par les aînés maltraités (voir Tableau 3). Les personnes subissant de la maltraitance globale (résultats non présentés dans le tableau) expriment plus d'inquiétudes concernant leur autonomie (peur de devenir dépendant, difficulté à faire leurs achats, baisse de capacité physique) et leurs relations aux autres (n'avoir personne en cas de besoin, se sentir exploité, ne pas voir assez de gens, peur de la confrontation avec quelqu'un). Elles considèrent aussi avoir de nouvelles responsabilités, être préoccupées par les finances, avoir des inquiétudes concernant un traitement médical et ne pas avoir suffisamment de

loisirs. Les résultats sont similaires pour la maltraitance psychologique.

Quant à la maltraitance financière, il y a des différences significatives entre les deux groupes pour le sentiment d'être exploité, les inquiétudes à propos de devenir dépendant, de vivre de la confrontation et des conflits familiaux et d'avoir des problèmes de transport. On ne note toutefois pas de différence significative à propos des préoccupations financières, entre les aînés vivants de maltraitance financière et ceux n'en vivant pas. Pour la maltraitance physique, on observe des différences significatives pour quelques tracas, mais l'effectif étant trop petit, les données ne sont donc pas exploitables pour cette variable. En effet, ce ne sont pas tous les répondants maltraités physiquement (n variant de 4 à 12 selon les tracas) qui expriment des tracas. Finalement, les répondants indiquaient également le niveau de stress global vécu à l'égard de ces tracas. Les aînés vivant de la maltraitance financière et physique se sentent significativement plus stressés comparativement aux aînés non maltraités (les résultats n'atteignent pas le seuil de signification pour la maltraitance psychologique).

Soutien social et violence vécue dans le passé

La majorité des personnes maltraitées psychologiquement (86,5 %) ont un confident. Toutefois, le soutien instrumental, notamment recevoir de l'aide, et le soutien émotionnel (ex : affection) sont significativement moins présents chez les aînés rapportant vivre de la maltraitance faite par leurs enfants, que celle-ci soit psychologique, financière ou physique, comparativement aux aînés n'étant pas

maltraités par leur enfant. En effet, les aînés vivant de la maltraitance signalent recevoir moins d'aide en cas de besoin, que la maltraitance soit de type psychologique (6,4 % vs 2,3 %; $\chi^2(1, N = 1673) = 6,8, p < 0,01$), financier (11,5 % vs 2,4 %; $\chi^2(1, N = 1673) = 8,5, p < 0,01$) ou physique (11,1 % vs 2,5 %; $\chi^2(1, N = 1673) = 5,3, p < 0,05$). L'absence de soutien émotionnel est également plus fréquente chez les aînés maltraités psychologiquement (7,3 % vs 2,7 %; $\chi^2(1, N = 1668) = 7,2, p < 0,01$), financièrement (11,5% vs 2,9%; $\chi^2(1, N = 1668) = 6,5, p < 0,05$), ou physiquement (16,7 % vs 2,9 %; $\chi^2(1, N = 1668) = 11,6, p < 0,001$) que chez les aînés non maltraités. Il est important de noter que les aînés maltraités ont plus souvent été battus par leurs parents durant leur enfance (26,8 % vs 12,2 % pour la maltraitance globale) et ce résultat est observé peu importe le type de maltraitance (voir Tableau 1).

Facteurs de vulnérabilité associés à la maltraitance

Des régressions logistiques ont été effectuées pour identifier les facteurs associés à la maltraitance. Étant donné le nombre plus élevé de participants subissant de la maltraitance psychologique ($n = 112$), des régressions ont été conduites sur cette seule variable. La maltraitance globale n'a pas été utilisée puisque les facteurs associés à la maltraitance sont différents selon le type de maltraitance vécue. Deux régressions ont été faites. La première visait à établir les liens entre la maltraitance et les caractéristiques sociodémographiques des aînés. La deuxième avait pour but d'identifier les caractéristiques médicales et psychologiques les plus fortement associées à la maltraitance des aînés par leur enfant.

Variables sociodémographiques. Une première régression logistique a été effectuée en incluant les quatre variables sociodémographiques qui différencient les deux groupes d'aînés (voir Tableau 1). La régression a révélé que lorsque l'ensemble de ces variables est contrôlé, le risque d'être maltraité est significativement associé à : l'état matrimonial ($OR = 2,4$; $IC_{95\%} = 1,47-3,81$), au genre ($OR = 2,0$; $IC_{95\%} = 1,18-3,48$) et au fait d'avoir été battu par ses parents durant l'enfance ($OR = 2,1$; $IC_{95\%} = 1,28-3,54$). Il y a presque deux fois et demie plus de risque d'être maltraité psychologiquement quand la personne âgée est célibataire, veuve ou divorcée. Les femmes sont deux fois plus à risque que les hommes de subir de la maltraitance psychologique. C'est le cas également des aînés qui ont été battus par leurs parents durant leur enfance.

Modèle global. Une régression logistique globale a été calculée avec huit variables indépendantes (voir Tableau 4) : le genre, l'état matrimonial, avoir été battu par ses parents, le trouble d'anxiété généralisée, le diagnostic de dépression, les problèmes articulaires, les problèmes de dos, les problèmes respiratoires. Les variables utilisées pour la régression sont celles le plus souvent rencontrées comme facteurs associés à la maltraitance.

Les résultats sont significatifs pour l'état matrimonial ($OR = 2,1$, $IC_{95\%} = 1,36-3,22$), avoir été battu par ses parents ($OR = 2,0$, $IC_{95\%} = 1,25-3,30$) et avoir un diagnostic de dépression ($OR = 2,2$, $IC_{95\%} = 1,38-3,57$). Lorsque les analyses de

régressions logistiques sont faites séparément pour les hommes et femmes, on observe des facteurs prédictifs différents selon le genre. Chez les femmes, un diagnostic de dépression ($OR = 2,6$; $IC_{95\%} = 1,61-4,27$) et être sans partenaire ($OR = 2,5$; $IC_{95\%} = 1,51-4,05$) sont deux facteurs prédictifs du risque de maltraitance psychologique, alors que le fait d'avoir été battu par ses parents prédit ce risque chez les hommes ($OR = 3,9$, $IC_{95\%} = 1,69-9,34$).

Discussion

La présente étude avait pour but d'identifier les facteurs de vulnérabilité à la maltraitance perpétrée par leurs enfants chez les aînés vivant dans la communauté. La première étape a été d'évaluer la prévalence d'aînés rapportant vivre ou avoir vécu de la maltraitance. Le pourcentage de 7,1 % correspond à ce qui est habituellement rapporté dans les études effectuées dans la population âgée canadienne, soit entre 4 et 7 % (Podnieks *et al.*, 1990; Pottie Bunge, 2000). Toutefois, Beaulieu et Bergeron-Patenaude (2012) considèrent que les taux de prévalence sont sous-estimés et seraient compris entre 10 et 15 %. Leurs estimations englobent les aînés provenant de milieux de vie variés (domicile, hébergements public ou privé), quel que soit leur état cognitif et qui ont pu subir de la maltraitance par d'autres personnes que leurs enfants. De plus, ces estimations incluent la négligence, la maltraitance sexuelle, la violation des droits et la maltraitance organisationnelle, catégories qui n'ont pas été étudiées ici. La prévalence d'aînés rapportant de la maltraitance (7,1 %) est donc élevée, considérant que les critères

de sélection choisis pour l'étude limitent les observations à une catégorie d'ânés et de comportements.

L'échantillon était représentatif des ânés québécois vivant dans la communauté et comportait quasiment autant de femmes que d'hommes. Il a souvent été mis en évidence que les femmes sont plus fréquemment maltraitées que les hommes (Kosberg, 1998; Laumann *et al.*, 2008). Les données de la présente étude confirment cela pour la maltraitance psychologique, mais pas pour les maltraitements de type financier ou physique. D'ailleurs, Beaulieu et Bergeron-Patenaude (2012) considèrent que les hommes sont autant à risque d'être maltraités que les femmes. Selon certains auteurs, les hommes parleraient moins facilement de leur souffrance psychologique, consulteraient moins pour ce genre de difficultés (Drapeau *et al.*, 2009, Möller-Leimkühler, 2002) et critiqueraient moins les soins qui leur sont donnés (Kosberg, 1998).

Dans notre étude, les facteurs associés à la maltraitance psychologique ne sont pas les mêmes chez les hommes et les femmes. En effet, chez les hommes le fait d'avoir été battu par ses parents semble les rendre vulnérables à la maltraitance par leurs enfants, alors que chez les femmes, un diagnostic de dépression et ne pas avoir de partenaire semblent deux facteurs de vulnérabilité importants. Ces différences pourraient s'expliquer par le type de relation établie par les hommes et les femmes de ces générations avec leurs enfants et les rôles qu'ils ont exercés dans la famille. Des théories

systémiques ou sociologiques de la famille seraient sans doute plus adéquates pour formuler des hypothèses sur ces observations.

La principale forme de maltraitance rencontrée dans l'échantillon est la maltraitance psychologique, viennent ensuite la maltraitance financière, puis physique. Ces résultats correspondent à ce qui est trouvé dans les différentes études rapportées par Beaulieu et Bergeron-Patenaude (2012). Le fait d'être sans partenaire est associé aux trois types de maltraitance de l'étude. La maltraitance perpétrée par les enfants semble se produire plus fréquemment quand l'aîné n'a pas de conjoint, les enfants devenant ainsi les proches les plus susceptibles d'être en contact avec l'aîné pour répondre à ses besoins. Les aînés ayant un plus faible revenu sont plus à risque d'être maltraités, que la maltraitance soit psychologique ou financière. Les aînés sans ressource semblent donc plus vulnérables.

L'âge et la scolarité ne semblent pas associés à la maltraitance, alors que le fait d'avoir été battu par ses parents se révèle un important facteur de vulnérabilité. La théorie de la transmission intergénérationnelle de la violence pourrait sans doute expliquer cette observation, car il est probable que des personnes qui ont été battues par leurs parents aient reproduit ce genre de comportements avec leurs enfants, qui, devenus adultes, recourent à la maltraitance lorsque leurs parents sont vulnérables et démunis (Brandl, Dyer, Heister, Otto, Stiegel, & Thomas, 2007). Il est également possible que les aînés qui ont été battus durant leur enfance aient développé une personnalité dépendante

ou une attitude de victime qui les rend vulnérables à la maltraitance (Anetzberger, 2005). Ces explications sont toutefois à considérer comme des hypothèses possibles de la relation entre la maltraitance dans l'enfance et celle subie au cours de la vieillesse et il serait intéressant de les vérifier dans le cadre d'études subséquentes.

Le déclin de la santé physique a été identifié comme facteur de vulnérabilité à la maltraitance par Fulmer *et al.*, (2005). Dans la présente étude, les aînés vivant de la maltraitance psychologique ou physique présentent plus fréquemment les maladies physiques suivantes : problèmes articulaires, maux de dos, problèmes respiratoires (aussi problèmes de thyroïde pour la maltraitance psychologique). Par contre, pour la maltraitance financière, seuls les troubles cardiaques lui sont associés de façon significative. Les maladies associées significativement à la maltraitance dans l'étude peuvent provoquer de la douleur chronique, de la fatigue et conduire à une baisse de l'énergie et de la motivation. Cela peut alors conduire à l'expression d'émotions négatives telles que la frustration et les lamentations (Monod & Sautebin, 2009). Mais surtout, elles n'ont peut-être que peu d'effet visible sur la santé et l'autonomie fonctionnelle de l'aîné. La personne maltraitante pourrait les interpréter comme des plaintes injustifiées qui entraîneraient de la maltraitance psychologique et physique. Il faut noter que ces deux types de maltraitance se retrouvent sur un même continuum, l'une pouvant facilement entraîner l'autre (O'Leary, 1999). Par contre, les recherches montrent que les maladies cardiovasculaires sont fortement associées à la difficulté à gérer le stress (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2012). Les aînés victimes

de maltraitance financière de la part d'un de leurs enfants peuvent se sentir stressés par la situation, ce qui peut se manifester par des problèmes cardiaques. D'ailleurs, les aînés rapportant de la maltraitance financière sont significativement plus stressés et préoccupés par des tracas que les aînés non maltraités. Malheureusement, les données de l'enquête ne révèlent pas si les maladies cardiaques étaient présentes avant le début de la maltraitance ou si elles en sont la conséquence. De plus, il est difficile d'expliquer pourquoi certains types de maladies sont davantage associés à une forme de maltraitance plutôt qu'une autre. Les hypothèses avancées devraient faire l'objet de futures recherches.

La perte d'autonomie fonctionnelle a été souvent considérée comme un facteur de vulnérabilité. Dans les études sur la maltraitance, elle a été établie par des répondants âgés (Comijs *et al.*, 1998; Laumann *et al.*, 2008) et par leurs proches aidants (Fulmer *et al.*, 2005) qui indiquaient la capacité à accomplir certaines activités de la vie quotidienne avec ou sans aide. Dans la présente étude, l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle a été réalisée avec le SMAF, un outil habituellement utilisé par les intervenants de la santé pour établir les incapacités des aînés et le nombre d'heures de soins que nécessite l'ampleur de ces pertes (Kalinova et Leone, 2009). Dans l'enquête ESA-services, les items ont plutôt servi à interroger les aînés sur leur perception de leurs capacités. De plus, les données recueillies dans l'enquête ne permettaient pas de vérifier si les maladies répertoriées avaient un impact sur l'autonomie fonctionnelle des répondants. Finalement, puisque le SMAF n'a pas été complété dans sa version intégrale et validée, il

est possible que ce choix ait eu une influence sur la qualité des résultats obtenus. Néanmoins, les aînés de l'échantillon proviennent de la communauté, ce qui laisse supposer que leur niveau d'autonomie est suffisamment élevé pour qu'ils puissent vivre dans leur domicile. Il serait donc intéressant, lors d'une étude subséquente, de recruter un échantillon représentatif de la grande variété des niveaux d'autonomie fonctionnelle chez les personnes âgées afin de voir les relations entre cette variable et les divers types de maltraitance.

L'association entre la présence de pertes cognitives et la maltraitance a été relevée dans les écrits scientifiques (Wiglesworth *et al.*, 2010). En effet, il semble que plus les pertes cognitives sont sévères, plus l'aîné est à risque d'être maltraité (Coyne *et al.*, 1993; Dyer *et al.*, 2000). La démence provoque des difficultés dans les interactions sociales (compréhension, expression) pouvant entraîner des tensions entre l'aidant et l'aidé (Brod *et al.*, 1999). Dans la présente étude, certains répondants présentaient de légères pertes cognitives (MMSE = 22 à 26). Néanmoins, les aînés rapportant de la maltraitance de la part de leur enfant ne manifestaient pas davantage ce niveau de difficultés cognitives que les personnes âgées non maltraitées. Les aînés avec de légères pertes cognitives peuvent nier le problème ou oublier la maltraitance vécue récemment (Anetzberger, 2005). De plus, il est possible qu'ils justifient cette maltraitance par leur état qui nécessite une plus grande prise en charge par leur entourage (ce qui est sans doute exprimé régulièrement par la personne maltraitante surtout dans les cas de

maltraitance psychologique) et ils pourraient ainsi s'attribuer la responsabilité de la maltraitance.

La dépression et le trouble d'anxiété généralisée sont associés ici à la maltraitance psychologique et financière. De plus, la régression logistique indique que les aînés dépressifs sont deux fois plus à risque d'être maltraités par leurs enfants, tandis que l'anxiété n'est plus un facteur associé lorsque les autres variables étudiées (dont la dépression) sont contrôlées. Selon Dyer et al. (2000), dépression et maltraitance psychologique sont fortement associées. Les pertes d'intérêt et d'énergie associées à la dépression et l'expression continuelle de doutes chez les personnes ayant des troubles d'anxiété généralisée peuvent être difficiles à vivre pour l'entourage et mettre à mal les relations de l'aîné avec ses enfants. Les proches peuvent également se retrouver démunis devant des problématiques de santé mentale. Les aînés maltraités disent recevoir moins de soutien et d'aide de la part de leur entourage. Est-ce que l'expression de symptômes dépressifs ou anxieux peut éloigner les membres du réseau social élargi et laisser les enfants seuls, s'occuper de leurs parents présentant des problèmes mentaux? D'un autre côté, la dépression et l'anxiété peuvent simplement provenir du stress associé à la maltraitance et constituer une conséquence de cette situation plutôt qu'un facteur de vulnérabilité. Seule une étude longitudinale permettrait de vérifier l'ordre temporel d'apparition des troubles de la maltraitance, ou du moins, l'ajout de questions qui vérifieraient auprès des répondants, s'ils étaient déjà atteints de dépression avant les épisodes de maltraitance.

L'étude des tracas avait pour but de vérifier si les préoccupations des aînés pouvaient être en lien avec les situations de maltraitance vécue. Certains tracas semblent vécus plus fréquemment par les aînés maltraités et diffèrent selon la forme de maltraitance. Bien que la prudence soit de rigueur dans l'interprétation de ces résultats à cause du faible nombre d'aînés maltraités physiquement, il est intéressant de constater que les problèmes d'argent semblent être la principale préoccupation des aînés maltraités physiquement et non financièrement, contrairement à ce qui aurait pu être attendu. Il est possible que la maltraitance physique soit le moyen employé par l'enfant maltraitant pour obtenir de l'argent et qu'aux yeux de la personne âgée, la violence physique est associée au vol de ses biens. D'un autre côté, les conflits interpersonnels semblent associés à la maltraitance financière et psychologique. Cette dernière est aussi fortement associée à la peur de perdre son autonomie. Les aînés maltraités se soucient des relations interpersonnelles puisque la maltraitance se produit dans une relation de confiance ou d'autorité avec la personne maltraitante. Il faut noter que les questions portant sur les tracas restent très générales et décrivent de nombreuses situations possibles. Par exemple, les tracas concernant les moyens de transport regroupent les pannes, les problèmes de circulation, l'impossibilité de conduire, etc. Il aurait été préférable de mieux les définir afin de cibler plus précisément les préoccupations des aînés vivant de la maltraitance.

Cette recherche présente plusieurs forces. Tout d'abord, cette étude interroge directement les aînés sur la maltraitance qu'ils peuvent subir. De plus, peu d'études

s'intéressent spécifiquement à la maltraitance des aînés commise par leur enfant. Cette étude permet donc de défricher cette problématique spécifique. Ensuite, les questions de l'enquête n'emploient pas le terme de maltraitance, mais décrivent des comportements ou des situations qui représentent différents types de maltraitance. Cette formulation a peut-être amené les aînés à être moins réticents à parler de ces aspects de leur vie. Enfin, le grand nombre de répondants de l'enquête a permis de dresser un portrait assez fiable de la prévalence des aînés rapportant de la maltraitance et de démontrer que chaque forme de maltraitance semble être associée avec différents facteurs de vulnérabilité, ce qui appuie les affirmations de Jackson et Hafemeister (2011).

L'étude présente toutefois plusieurs limites. Tout d'abord, l'absence de mesure étalon de la maltraitance et l'utilisation de questionnaires non validés ou abrégés pour évaluer les différents types de maltraitance, le soutien social et le SMAF rendent les comparaisons avec les autres études difficiles. À cela s'ajoute le fait qu'une personne répondant à l'affirmative à une question sur la maltraitance était considérée comme maltraitée, ce qui peut avoir donné une surestimation de la maltraitance. Mais en l'absence de mesure étalon de ce concept, les chercheurs doivent encore s'appuyer sur des questions directes à propos des comportements de maltraitance. Le faible nombre d'aînés rapportant de la maltraitance financière ou physique de la part de leur enfant (ce qui est positif en soi) n'a pas permis de faire des régressions permettant de voir les facteurs de vulnérabilité qui y sont associés. Il aurait aussi été intéressant d'inclure la négligence et la maltraitance sexuelle pour avoir un portrait plus global de la

maltraitance chez les aînés. Enfin, l'étude ne permettait pas de savoir si la maltraitance avait lieu dans un contexte de soutien à la personne âgée et si l'enfant avait un rôle de proche-aidant, ce qui aurait orienté les hypothèses explicatives.

Pour conclure, cette recherche constitue une étape dans le développement des connaissances sur la maltraitance perpétrée par les enfants à l'égard de leurs parents âgés. Elle a permis de constater que le fait d'avoir vécu de la maltraitance durant l'enfance est un facteur qui rend les aînés deux fois plus vulnérables à vivre cette situation au cours de leur vieillesse. Un résultat inédit que les autres études n'ont pas encore relevé à notre connaissance.

Ce sujet, tabou pour les aînés, est aussi difficilement abordé par le personnel médical pourtant en première ligne pour la détection de la maltraitance. Bien que le profil des personnes maltraitantes soit assez bien documenté, ce n'est pas le cas du profil des aînés maltraités. Les facteurs de vulnérabilité étudiés ont une certaine pertinence mais il semble que d'autres aspects auraient avantage à être approfondis. Par exemple, des études qualitatives sur la perception des aînés de la relation qu'ils ont établie avec l'enfant maltraitant ou les événements qui, à leurs yeux, ont mené aux actes de maltraitance donneraient certainement de nouvelles pistes pour la recherche. Néanmoins, lorsqu'une personne âgée présente des symptômes dépressifs, il est important de vérifier directement avec elle si elle est victime de certains comportements de maltraitance de la part de ses enfants.

Il reste cependant beaucoup à faire au niveau de la détection puisque l'âgisme teinte encore aujourd'hui certaines représentations sociales (Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012). Présent dans la société, il peut renforcer les attitudes négatives de l'enfant envers son parent et conduire dans certains cas à la justification de la maltraitance. Les aînés ayant intériorisé certains stéréotypes pourraient être moins portés à déclarer la maltraitance vécue tandis que les intervenants influencés par les préjugés associés à l'âge (les personnes âgées sont confuses, exagèrent, se plaignent souvent inutilement, etc.) seraient moins portés à questionner à ce sujet. Il importe donc de continuer à informer les aînés sur la maltraitance dont ils peuvent être l'objet et sur les ressources disponibles.

Références

- Anetzberger, G. J. (2000). Caregiving: Primary cause of elder abuse? *Generations*, 24(2), 46-51.
- Anetzberger, G. J. (2005). The reality of elder abuse. *Clinical Gerontologist*, 28(1-2), 1-25. doi: 10.1300/J018v28n01_01
- Baker, M. (2007). Elder mistreatment : Risk, vulnerability, and early mortality. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(6), 313-321.
- Beaulieu, M., & Leclerc, N. (2006). Ethical and psychosocial issues raised by the practice in cases of mistreatment of older adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3-4), 161-186.
- Beaulieu, M., & Bergeron-Patenaude, J. (2012). *La maltraitance envers les aînés: changer le regard*. Québec : Presses de l'Université de Laval.
- Bonnie, R. J., & Wallace R. B. (2003). *Elder Mistreatment : Abuse, neglect, and exploitation in an aging America*, Washington D.C : National Academic Press.
- Brandl, B., Dyer, C. B., Heisler, C. J., Otto, J., Stiegel, L. A., & Thomas, R. (2007). *Elder abuse detection and intervention : A collaborative approach*. New York : Springer Publishing Company.
- Brennan, S. (2009). *La victimisation chez les Canadiens âgés, 2009*. Statistique Canada, Juristat, [En ligne], [http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2012001/article/11627-fr.pdf], (Page consultée le 21 mai 2012).
- Bristowe, E., & Collins, J. B. (1989). Family mediated abuse of noninstitutionalized frail elderly men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 1(1), 45-64. doi 10.1300/J084v01n01_05
- Brod, M., Stewart, A. L., Sands, L., & Walton, P. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life in dementia : The dementia quality of life instrument (DQOL). *The Gerontologist*, 39(1), 25-35.
- Choi, N. G., & Mayer, J. (2000). Elder abuse, neglect, and exploitation: Risk factors and prevention strategies. *Journal of Gerontological Social Work*, 33, 5-25.
- Comijs, H. C., Penninx, B. W. J. H., Knipscheer, K. P. M., & van Tilburg, W. (1999). Psychological distress in victims of elder mistreatment: The effects of social support, and coping. *Journal of Gerontology*, 54B(4), 240-245

- Comijs, H. C., Smit, J. H., Pot, A. M., Bouter, L. M., & Jonker, C. (1998). Risk indicators of elder mistreatment in the community. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 9(4), 67-76.
- Cooney, C., & Mortimer, A. (1995). Elder abuse and dementia - A pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 41(4), 276-283.
- Coyne, A. C., Reichman, W. E., & Berbig, L. J. (1993). The relationship between dementia and elder abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 643-646.
- Daly, J. M., Merchant, M. L., & Jogerst, G. J. (2011). Elder abuse research: A systematic review. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23, 348-365.
- Dong, X., Simon, M., Rajan, K., & Evans, D. A. (2011). Association of cognitive function and risk for elder abuse in a community-dwelling population. *Dementia and Geriatric cognitive disorders*, 32(3), 209-215. doi: 10.1159/000334047
- Drapeau, A., Boyer, R., & Lesage, A. (2009). The influence of social anchorage on the gender difference in the use of mental health services. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 36, 372-384.
- Dyer, C. B., Pavlik, V. N., Murphy, K. P., & Hyman, D. J. (2000). The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *Journal of American Geriatrics Society*, 48(2), 205-208.
- Fulmer, T., Paveza, G., VandeWeerd, C., Fairchild, S., Guadagno, L., Bolton-Blatt, M., & Norman, R. (2005). Dyadic vulnerability and risk profil for elder neglect. *The Gerontologist*, 45(4), 525- 534. doi: 10.1093/geront/45.4.525
- Flostein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for clinicians. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (2012). *Qu'est-ce que les maladies du cœur?* [en ligne], [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3579677/k.F5EA/Maladies_du_coeur_Probl232mes_de_sant233_qui_affectent_le_fonctionnement_du_c339ur.htm], (page consultée le 24 février 2015).
- Gouvernement du Québec (2010). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. Ministère de la Famille et des Aînés.

- Gouvernement du Québec (2012). *La maltraitance envers les aînés, un problème de société*. [En ligne], [<http://maltraitanceaines.gouv.qc.ca/>], (Page consultée le 18 mai 2013).
- Hébert, R., Carrier, R., & Bilodeau, A. (1988). The functional autonomy measurement system (SMAF): Description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age and Ageing*, 17, 293-302.
- Heydrich, L (2009). An ecological bi-focal model for elder physical abuse by adult child: A structural equation modeling of risk factors predicting elder abuse in the United States (Thèse de doctorat). Université d'état du Michigan, Lansing, MI.
- Jackson, S. L., & Hafemeister, T. L. (2011). Risk factors associated with elder abuse: the importance of differentiating by type of elder mistreatment. *Violence and Victims*, 26(6), 738-757.
- Jackson, S. L., & Hafemeister, T. L. (2012). Pure financial exploitation vs. hybrid financial exploitation co-occurring with physical abuse and/or neglect of elderly persons. *Psychology of Violence*, 2(3), 285-296. doi : 10.1037/a0027273
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement : Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavior Medicine*, 4, 1-39.
- Kosberg, J. I. (1998). The abuse of elderly man. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 9(3), 69-88.
- Lachs, M. S., Williams, C., O'Brien, S., Hurst, L., & Horwitz, R. (1997). Risk factors for reported elder abuse and neglect: A nine-year observational cohort study. *The Gerontologist*, 37(4), 469-474.
- Lachs, M.S., Williams, C., O'Brien, S., Pillemer, K.A., Charleson, M.E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 280(5), 428-432.
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *Lancet*, 364, 1263-1272.
- Lai, D. W. L. (2011). Abuse and neglect experience by aging chinese in Canada . *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23(4), 326-347.
- Laumann, E. O., Leitsch, S. A., & Waite, J. (2008). Elder mistreatment in the United States: Prevalence estimates from a national representative study. *Journals of Gerontology, series B : Psychological Sciences and Social Sciences*, 63B(4), S248-S254.

- Lithwick, M., Beaulieu, M., Gravel, S., & Straka, S. (2000). The mistreatment of older adults: Perpetrator-victim relationships and interventions, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(4), 95-112.
- Möller-Leimkühler, A-M. (2002). Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 1-9.
- Monod, S., & Sautebin, A. (2009). Vieillir et devenir vulnérable, *Revue Médicale Suisse*, 5, 2353-2357.
- O'Leary, K. D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims*, 14(1), 3-23.
- Paveza, G. J., Cohen, D., Eisdorfer, C., Freels, S., Semla, T., Ashford, J. W., Gorelick, P., Hirschman, R., Luchins, D. J., & Levy, P. (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: Prevalence and risk factors. *The Gerontologist* 32(4), 493-497.
- Payne, B. K. (2011). *Crime and elder abuse: An integrative perspective* (3ème édition). Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher.
- Pillemer, K. A., & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The Gerontologist*, 28(1), 51-57.
- Pillemer, K. A., & Finkelhor, D. (1989). Causes of elder abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 179- 187. doi: 10.1111/j.1939-0025.1989.tb01649.x
- Podnieks, E., Pillemer, K., Nicholson, J.P., Shillington, T., & Frizzel, A. (1990). National survey on abuse of the elderly in Canada : The Ryerson study. Toronto, ON: Ryerson Polytechnical Institute.
- Pottie Bunge, V. (2000). *Family violence in Canada: A statistical profile*. Statistique Canada, [En ligne], [<http://www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/85-224-x2000000-fra.pdf>], (Page consultée le 2 juin 2012).
- Préville, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punti, R., Baril, M-C., Streiner, D., Cairney, J., Brassard, J. & scientific committee of the ESA study (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in the Quebec older adult population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 822-832.
- Reeves, K. A., Desmarais, S. L., Nicholls, T. L., & Douglas, K. S. (2007). Intimate partner abuse of older men: Considerations for the assessment of risk. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 19(1-2), 7-27.

- Schiamberg, L. B., & Gans, D. (2000). Elder abuse by adult children: An ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *International Journal of Aging and Human Development*, 50(4), 329-359.
- Sécurité Publique du Québec (2010). *Violence à l'endroit des aînés au Québec*. [En ligne], [http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/statistiques/prevention/violence_ages/violence_endroit_aines.pdf], (Page consultée le 2 juin 2012).
- Statistique Canada (2010). *Aînés*. [En ligne], [<http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2010000/chap/seniors-aines/seniors-aines-fra.htm>], (Page consultée le 2 juin 2012).
- Vézina, J., & Giroux, L. (1988). L'échelle des embêtements: Une étude de validation et d'adaptation du Hassles scale pour une population âgée. Communication présentée au 49ème congrès de l'Association Canadienne de Psychologie, Montréal, Canada.
- Walsh, C. A., & Yon, Y. (2012). Developing an empirical profile for elder abuse research in Canada. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24, 104-119.
- Wiglesworth, A., Mosqueda, L., Mulnard, R., Liao, S., Gibbs, L., & Fitzgerald, W. (2010). Screening for abuse and neglect of people with dementia. *Journal of American Geriatrics Society*, 58(3), 493-500.

Tableau 1

Données sociodémographiques et maltraitance vécue durant l'enfance selon le type de maltraitance (N = 1756)

		Maltraitance psychologique <i>n</i> = 1756			Maltraitance financière <i>n</i> = 1756			Maltraitance physique <i>n</i> =1746		
		oui	non		oui	non		oui	non	
		<i>n</i> =112	<i>n</i> =1644		<i>n</i> =27	<i>n</i> =1729		<i>n</i> =18	<i>n</i> =1738	
		%	%	χ^2 ou <i>t</i>	%	%	χ^2 ou <i>t</i>	%	%	χ^2 ou <i>t</i>
Genre	Homme	23,2	44,1		37,0	42,9		38,9	42,8	
	Femme	76,8	55,9	18,67***	63,0	57,1	0,37	61,1	57,2	0,11
Âge	65-74 ans	65,2	61,5		59,3	61,8		72,2	61,6	
	≥75 ans	34,8	38,5	0,60	40,7	38,2	0,07	27,8	38,4	0,85
État matrimonial	Seul	61,1	35,5		70,4	36,6		61,1	36,8	
	En couple	38,9	64,5	29,76***	29,6	63,4	13,03***	38,9	63,2	4,51*
Revenu	<25 000	50,0	36,6		58,3	37,2		43,8	37,5	
	≥25 000	50,0	63,4	6,83**	41,7	62,8	4,51*	56,2	62,5	0,27
Violenté par ses parents		25,2	12,4	14,30***	36,0	12,9	11,44***	38,9	13,0	10,42**
Scolarité <i>M(ÉT)</i>		10,8(3,7)	10,8(4,2)	0,23	9,8(4,2)	10,8(4,1)	1,30	10,1(4,1)	10,8(4,2)	0,75

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tableau 2

Maladies physiques et mentales selon la maltraitance vécue par les aînés

	Maltraitance psychologique <i>n</i> = 1756			Maltraitance financière <i>n</i> = 1756			Maltraitance physique <i>n</i> = 1746		
	oui	non	χ^2 ou <i>t</i>	oui	non	χ^2 ou <i>t</i>	oui	non	χ^2 ou <i>t</i>
MMSE 22-26 <i>M(ÉT)</i>	24,3(1,8)	24,1(2,1)	0,9	24,5(1,5)	24,1(2,1)	1,3	23,6(2,4)	24,1(1,7)	1,11
	%	%		%	%		%	%	
Maladies physiques									
Problèmes articulaires <i>n</i> =760	58,6	42,1	11,49***	55,6	42,9	1,73	66,7	42,9	4,11*
Maux dos/colonne <i>n</i> =524	43,4	28,6	11,13***	37,0	29,4	0,75	50,0	29,3	3,67*
Goitre/thyroïde <i>n</i> =384	30,4	21,0	5,42*	34,6	21,4	2,64	22,2	21,6	0,00
Asthme/emphysème <i>n</i> =328	29,5	17,6	9,82**	29,6	18,2	2,32	44,4	18,1	8,25**
Problèmes cardiovasculaires <i>n</i> =463	19,8	26,0	2,41	48,1	25,7	6,95**	33,3	26,0	0,51
N ^{bre} maladies chroniques <i>M(ÉT)</i>	4,2(2,3)	3,7(2,3)	1,97*	5,0(2,8)	3,7(2,3)	2,76**	4,7(3,1)	3,7(2,3)	1,79
Maladies mentales									
Diagnostic de dépression <i>n</i> =182	32,1	13,7	27,95***	37,0	14,6	10,57***	27,8	14,8	2,37
Trouble d'anxiété généralisée <i>n</i> =57	9,8	2,8	16,47***	18,5	3,0	20,37***	5,6	3,2	0,31

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tableau 3

Tracas vécus par les aînés selon le type de maltraitance subie

	Maltraitance psychologique <i>n</i> = 1756			Maltraitance financière <i>n</i> = 1756			Maltraitance physique <i>n</i> = 1746		
	oui	non	χ^2 ou <i>t</i>	oui	non	χ^2 ou <i>t</i>	oui	non	χ^2 ou <i>t</i>
Tracas	%	%		%	%		%	%	
Manque d'argent	62,8	41,2	7,51**	71,4	42,6	2,34	100	42,7	4,00*
Devenir dépendant	87,1	63,6	13,95***	100	64,8	8,07**	88,9	65,2	2,21
Confrontation	83,0	40,4	34,90***	84,6	43,8	8,55**	75,0	44,6	1,49
Pas d'aide concrète	67,3	50,2	5,58*	64,3	51,4	0,91	71,4	51,4	1,11
Maladie physique	60,0	36,1	7,91**	72,7	37,0	5,85*	100	37,4	4,97*
Baisse de capacités	91,7	75,2	11,60***	88,2	76,4	1,31	100	76,3	3,71*
Se sentir exploité	65,0	32,6	16,78***	81,8	34,3	10,63***	80,0	34,9	4,40*
Conflits familiaux	86,3	48,1	37,52***	88,9	51,7	9,70**	100	52,0	9,09**
Moyens de transport	50,0	41,7	0,98	75,0	41,6	5,57*	85,7	41,7	5,47*
Difficulté à magasiner	62,2	36,0	11,86***	70,0	37,8	4,31*	100	37,5	11,39**
Traitement médical	66,7	50,4	4,16*	80,0	50,8	5,00*	83,3	51,2	2,46
Pas assez de loisirs	65,9	39,1	11,22***	66,7	40,7	2,47	71,4	40,7	2,70
Nouvelle responsabilité	66,7	42,3	10,44***	44,4	44,6	0,00	50,0	44,5	0,05
Niveau de stress <i>M(ÉT)</i>	2,0(0,6)	1,7(0,6)	5,13	2,3(0,8)	1,7(0,6)	5,38*	2,1(0,8)	1,7(0,6)	2,72*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tableau 4

Facteurs de vulnérabilité chez les aînés disant être maltraités par leurs enfants

		Probabilité de vivre de la maltraitance psychologique		
		OR	IC _{95%}	Valeur de <i>p</i>
Genre	féminin	1,6	0,97-2,62	0,065
	masculin			
État matrimonial	seul	2,1*	1,36-3,22	0,001
	en couple			
Violenté par ses parents		2,0*	1,25-3,30	0,004
Problèmes articulaires		1,4	0,92-2,22	0,116
Problèmes de dos		1,2	0,79-1,91	0,372
Problèmes respiratoires		1,5	0,91-2,33	0,117
Trouble d'anxiété généralisée		1,8	0,84-3,84	0,131
Diagnostic de dépression		2,2*	1,38-3,57	0,001

* variables associées à la maltraitance psychologique

Conclusion

La présente étude est l'une des seules à interroger directement les aînés de la communauté à propos de la maltraitance faite par leurs enfants. Les études sur la maltraitance des aînés se préoccupent beaucoup des caractéristiques de la personne maltraitante, surtout lorsque celle-ci est proche aidant, mais n'ont pratiquement pas examiné les caractéristiques des aînés maltraités. De plus, les études s'intéressant spécifiquement à la maltraitance commise par les enfants des aînés sont rares. Des études longitudinales et des recherches qualitatives seraient nécessaires pour mieux comprendre le développement de la maltraitance des enfants envers leurs parents âgés.

Le sujet de la maltraitance étant souvent tabou, à la fois pour les aînés et pour les intervenants sociaux ou de la santé, il est important de développer des outils de détection efficaces et faciles à utiliser. Les outils ont habituellement recours à des questions directes sur les comportements maltraitants, à des listes de signes et de symptômes ou à l'identification des facteurs de risque (Institut national de santé publique du Québec, 2013). Malheureusement, leur performance est encore très limitée (Institut national de santé publique du Québec, 2013) et ne permet pas encore de répondre efficacement aux questions sur la causalité du phénomène et sur les facteurs aggravants. Les travaux dans ce domaine de la gérontologie sont donc nécessaires et ils pourraient indirectement favoriser le développement d'instruments de détection pertinents afin d'intervenir précocement auprès des aînés maltraités par leurs enfants.

Références

- Anetzberger, G. J. (1987). *Etiology of elder abuse by adult offspring*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Anetzberger, G. J. (2000). Caregiving : primary cause of elder abuse? *Generations*, 24(2), 46-51.
- Anetzberger, G. J. (2005). The reality of elder abuse. *Clinical Gerontologist*, 28(1-2), 1-25. doi: 10.1300/J018v28n01_01
- Association québécoise de gérontologie (2012). *Qu'est-ce que l'âgisme?* [En ligne], [<http://www.aqg-quebec.org/260/Qu-est-ce-que-l-agisme-.gerontologie>], (Page consultée le 20 octobre 2014).
- Athens, L. (1992). *The creation of dangerous violent criminals*. Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Baker, M. (2007). Elder mistreatment : Risk, vulnerability, and early mortality. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(6), 313-321.
- Beaulieu, M. (2007). Maltraitance des personnes âgées. Dans M. Arcand et R. Hébert (Éds), *Précis pratique de gériatrie* (pp.1145-1163). Acton Vale, Québec: Edisem et Maloine.
- Beaulieu, M., & Bergeron-Patenaude, J. (2012). *La maltraitance envers les aînés: changer le regard*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Beaulieu, M., & Leclerc, N. (2006). Ethical and psychosocial issues raised by the practice in cases of mistreatment of older adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3-4), 161-186.
- Gouvernement du Québec. (2010). Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015. Ministère de la Famille et des Aînés, Gouvernement du Québec.
- Bonnie, R. J., & Wallace R. B. (2003). *Elder Mistreatment : Abuse, neglect, and exploitation in an aging America*, Washington D.C. : National Academic Press.
- Bradley, M. (1996). Elder abuse. *British Medical Journal*, 113(7056), 548-550.
- Brennan, S. (2009). *La victimisation chez les Canadiens âgés, 2009*. Statistique Canada, Juristat, [En ligne], [<http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2012001/article/11627-eng.pdf>], (Page consultée le 21 mai 2012).

- Bristowe, E., & Collins, J. B. (1989). Family mediated abuse of noninstitutionalized frail elderly men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 1(1), 45-64. doi 10.1300/J084v01n01_05
- Choi, N. G., & Mayer, J. (2000). Elder abuse, neglect, and exploitation: Risk factors and prevention strategies. *Journal of Gerontological Social Work*, 33, 5-25.
- Comijs, H. C., Penninx, B. W. J. H., Knipscheer, K. P. M., & van Tilburg, W. (1999). Psychological distress in victims of elder mistreatment: The effects of social support, and coping. *Journal of Gerontology*, 54B(4), 240-245.
- Comijs, H. C., Smit, J. H., Pot, A. M., Bouter, L. M., & Jonker, C. (1998). Risk indicators of elder mistreatment in the community. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 9(4), 67-76.
- Conrad, K. J., Iris, M., Ridings, J. W., Rosen, A., Fairman, K. P., & Anetzberger, G. J. (2011). Conceptual model and map of psychological abuse of older abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23(2), 147-168.
- Cooney, C., & Mortimer, A. (1995). Elder abuse and dementia - A pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 41(4), 276-283.
- Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: A systematic review. *Age and Ageing*, 37(2), 151-160. doi:10.1093/ageing/afm194
- Coyne, A. C., Reichman, W. E., & Berbig, L. J. (1993). The relationship between dementia and elder abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 643-646.
- Daly, J. M., Merchant, M. L., & Jogerst, G. J. (2011). Elder abuse research: A systematic review. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23, 348-365.
- Dong, X., Simon, M., Rajan, K., & Evans, D. A. (2011). Association of cognitive function and risk for elder abuse in a community-dwelling population. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 32(3), 209-215. doi: 10.1159/000334047
- Dyer, C. B., Pavlik, V. N., Murphy, K. P., & Hyman, D. J. (2000). The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *Journal of American Geriatrics Society*, 48(2), 205-208.
- Fulmer, T. (1991). Elder mistreatment: Progress in community detection and intervention. *Family Community Health*, 14, 26-34.

- Fulmer, T., Paveza, G., Vande Weerd, C., Fairchild, S., Guadagno, L., Bolton-Blatt, M., & Norman, R. (2005). Dyadic vulnerability and risk profil for elder neglect. *The Gerontologist*, 45(4), 525- 534. doi: 10.1093/geront/45.4.525.
- Gouvernement du Québec (2012). *La maltraitance envers les aînés, un problème de société*. [En ligne], [<http://maltraitanceaines.gouv.qc.ca/>], (Page consultée le 18 mai 2013).
- Heide, K. M. (1995). *Why kids kill parents: child abuse and adolescent homicide*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Institut national de santé publique du Québec (2013). *Recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne*. [En ligne], [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1687_RechCasMaltraitPersAineesProfSSSPremiLigne.pdf], (Page consultée le 21 février 2015).
- Jackson, S. L., & Hafemeister, T. L. (2011). Risk factors associated with elder abuse: The importance of differentiating by type of elder mistreatment. *Violence and Victims*, 26(6), 738-757.
- Jackson, S. L., & Hafemeister, T. L. (2012). Pure financial exploitation vs. hybrid financial exploitation co-occurring with physical abuse and/or neglect of elderly persons. *Psychology of Violence*, 2(3), 285-296. doi : 10.1037/a0027273
- Kosberg, J. I. (1998). The abuse of elderly man. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 9(3), 69-88.
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *Lancet*, 364, 1263-1272.
- Lachs, M. S., Williams, C., O'Brien, S., Hurst, L., & Horwitz, R. (1997). Risk factors for reported elder abuse and neglect: A nine-year observational cohort study. *Gerontologist* 37(4), 469-474.
- Lachs, M. S., Williams, C., O'Brien, S., Pillemer, K. A., Charleson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 280(5), 428-432.
- Laumann, E. O., Leitsch, S. A., & Waite, J. (2008). Elder mistreatment in the United States: Prevalence estimates from a national representative study. *Journals of Gerontology, series B : Psychological Sciences and Social Sciences*, 63B(4), S248-S254

- Lithwick, M., Beaulieu, M., Gravel, S., & Straka, S. (2000). The mistreatment of older adults: Perpetrator-victim relationships and interventions, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, (11)4, 95-112.
- Moulias, R. (2014, Mai). *Outils du dispositif national de lutte contre la maltraitance des aînés et des adultes handicapés vulnérables en France*. Communication présentée au 10^{ème} Congrès international francophone de gérontologie et gériatrie, Liège, Belgique.
- Mouton, C. P., Rodabough, R. J., Rovi, S. L., Brzyski, R. G., & Katerndahl, D. A. (2010). Psychosocial effects of physical and verbal abuse in postmenopausal women. *Annals of Family Medicine*, 8(3), 206-213.
- Nerenberg, L. (2000). Forgotten victims of financial crime and abuse: Facing the challenge. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 12(2), 49-73.
- O'Leary, K. D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims*, 14(1), 3-23.
- Organisation mondiale de la santé (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. [En ligne],
[http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/],
(Page consultée le 7 juillet 2013).
- Paveza, G. J., Cohen, D., Eisdorfer, C., Freels, S., Semla, T., Ashford, J. W., Gorelick, P., Hirschman, R., Luchins, D. J., & Levy, P. (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: Prevalence and risk factors. *The Gerontologist* 32(4), 493-497.
- Payne, B. K. (2011). *Crime and elder abuse: An integrative perspective* (3ème édition). Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher.
- Pillemer, K. A. (2004). Elder abuse is caused by the deviance and dependance of abusive caregivers. Dans D. Loseke, R. Gelles, & M. Cavanaugh (Éds), *Current controversies on family violence* (2^{éd.}, pp. 207-220). Newbury Park, CA: Sage.
- Pillemer, K. A., & Finkelhor, D. (1988a). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *Gerontologist*, 28 (1), 51-57.
- Pillemer, K. A., & Finkelhor, D. (1988b). Elder abuse: Its relationship to other forms of domestic violence Dans G. T. Hotaling, D. Finkelhor, J. T. Kirkpatrick, & M. A. Straus (Éds.), *Family abuse and its consequences: New directions in research* (pp. 244-254). Newbury Park, CA: Sage.

- Pillemer, K. A., & Finkelhor, D. (1989). Causes of elder abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 179-187. doi: 10.1111/j.1939-0025.1989.tb01649.x
- Pillemer, K. A., Mueller-Johnson, K. U., Mock, S. E., Suitor, J. J., & Lachs, M. S. (2007). Intervention to prevent elder mistreatment. Dans L. S. Doll, S. E. Bonzo, D. A. Sleet, J. A. Mercy (Éds), *Handbook of Injury and Violence Prevention*, (pp. 241- 254). New-York, NY: Springer. doi: 10.1007/978-0-387-29457-5_13
- Podnieks, E., Pillemer, K., Nicholson, J. P., Shillington, T., & Frizzel, A. (1990). National survey on abuse of the elderly in Canada : The Ryerson study. Toronto, ON: Ryerson Polytechnical Institute.
- Pottie Bunge, V. (2000). *Family violence in Canada: A statistical profile*. Statistique Canada, [En ligne], [<http://www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/85-224-x2000000-fra.pdf>], (Page consultée le 2 juin 2012).
- Rabiner, D. J., O'Keeffe, J., & Brown, D. (2006). Financial exploitation of older persons. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2), 47-68. doi:10.1300/J031v18n02_04
- Reeves, K. A., Desmarais, S. L., Nicholls, T. L., & Douglas, K. S. (2007). Intimate partner abuse of older men: Considerations for the assessment of risk. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 19(1-2), 7-27.
- Reis, M., & Nahmiash, D. (1998). Validation of the Indicator of Abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471- 480.
- Schiamberg, L. B., & Gans, D. (2000). Elder abuse by adult children: An ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *International Journal of Aging and Human Development*, 50(4), 329-359.
- Statistique Canada (2010a). *Aînés*. [En ligne], [<http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2010000/chap/seniors-aines/seniors-aines-fra.htm>], (Page consultée le 2 juin 2012).
- Statistique Canada (2010b). *La violence familiale au Canada: un profil statistique, 2010*. Juristat [En ligne], [<http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2012001/article/11643-fra.pdf>], (Page consultée le 17 mai 2012).
- Walsh, C. A., & Yon, Y. (2012). Developping an empirical profile for elder abuse research in Canada. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24, 104-119.
- White, S. W. (2000). Elder abuse: Critical care nurse role in detection. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23(2), 20-25.

- Williamson, G. M., & Shaffer, D. R. (2001). Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: How we were then, how we are now. The family relationships in late life project. *Psychology and Aging, 16*(2), 217-226.
- Wiglesworth, A., Mosqueda, L., Mulnard, R., Liao, S., Gibbs, L., & Fitzgerald, W. (2010). Screening for abuse and neglect of people with dementia. *Journal of American Geriatrics Society, 58*(3), 493-500.
- Wolf, R. S., & Pillemer, K. A. (1989). *Helping elderly victims: The reality of elder abuse*. New York, NY: Columbia University Press.

Appendice

Questions ayant permis d'évaluer la maltraitance

Maltraitance psychologique

1. Au cours des 12 derniers mois, un de mes enfants m'a insulté lors d'une dispute avec moi.
2. Au cours des 12 derniers mois, un de mes enfants a essayé de limiter les contacts que j'entretiens avec ma famille ou mes amis.
3. Au cours des 12 derniers mois, un de mes enfants cherchait à me rabaisser ou utilisait des mots blessants.

Maltraitance financière

4. Au cours des 12 derniers mois, un de mes enfants insistait pour que je modifie mon testament alors que je ne voulais pas.
5. Au cours des 12 derniers mois, un de mes enfants m'a empêché de connaître mon revenu ou d'y avoir accès même si je le demandais.
6. Au cours des 12 derniers mois, un de mes enfants insistait pour que je lui laisse la gestion de mes finances alors que je ne voulais pas.
7. Au cours des 12 derniers mois, un de mes enfants insistait pour obtenir une procuration alors que je ne voulais pas.

Maltraitance physique

8. Au cours des 12 derniers mois, un de mes enfants m'a poussé ou frappé à cause d'une dispute avec moi.

9. Au cours des 12 derniers mois, un de mes enfants a détruit quelque chose m'appartenant, à cause d'une dispute avec moi.

Maltraitance globale: les questions précédentes et

10. Au cours des 12 derniers mois, j'ai eu besoin de voir un docteur à cause d'une dispute avec un de mes enfants.